Rok XLI. Kraków, 19 Lipca 1902. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Leczenie operacyjne ropni w jamie Douglasa w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis* [1]).

Podał
Dr. Aleksander Bossowski,
Docent Chirurgii Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Pomimo częstości, z jaką ropnie w jamie Douglasa występują w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, bo stanowią, jak Rotter oblicza, $^1/_3$ przypadków, dopiero w ostatnich czasach poświęcono im baczniejszą uwagę, a to zarówno pod względem ich powstawania, rychłego rozpoznania i najdostępniejszego opróżniania drogą operacyjną.

Chociaż Schlange wyraża się, że niema miejsca w jamie brzusznej, w którem usadowiony ropień nie dałby się odnieść do zapalenia wyrostka robaczkowego, to jednak najczęstszą siedzibą ropni okątniczych (perityflitycznych) jest prawy dół biodrowy; drugie miejsce zajmuje jama Douglasa, dalej idzie zatoka lędźwiowa, lewy dół biodrowy, względnie obszar lewego więzu Pouparta, wreszcie okolica podprzeponowa.

Ropnie w jamie Douglasa występują już to obok równoczesnego ogniska ropnego w miejscu typowem, tj. w dole biodrowym prawym i to rozdzielone tylko cienką przegrodą ze zlepionych jelit, lub dzieląca je od ogniska biodrowego ściana jest gruba i tak szeroka, że wśród niej mieszczą się nawet pętle jelita wolne, niezlepione. W innych razach ropień w jamie Douglasa stanowi jedyne ognisko ropy w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego, który leży częstokroć daleko od siedziby ropnia, już to w miejscu typowem, t. j. w okolicy biodro-kątniczej *(ileo-coecalis)*, przytwierdzony tamże złogami włóknikowymi, jużto nawet wyżej na tylnej ścianie kątnicy lub okrężnicy wstępującej, zwrócony wierzchołkiem swym ku górze. Wyjątkowo zaś tylko znajdowano go na dnie jamy Douglasa tak, że natenczas ropień w tem miejscu położony uważać należy jako ognisko okątnicze (perityflityczne). Sposób, w jaki wytwarzają się te odosobnione ropnie w jamie Douglasa w przebiegu zapalenia lub przebicia wyrostka robaczkowego, leżącego daleko od siedziby ropnia, wywołuje dotąd różnice w zapatrywaniach. I tak Schede i Mikulicz są zdania, że powstający około wyrostka robaczkowego ropień, pierwotnie ograniczony, rozszerzając się w przebiegu postępującego zapalenia otrzewnej, posuwa przed sobą wał utworzony ze zlepionych pętli jelitowych i dosięga nareszcie jamy Douglasa, a wśród następowych zlepów pętli tworzą się dalsze ogniska ropne.

Rotter sądzi, że w ten sposób co najwyżej tłómaczyć można powstawanie ropni w jamie Douglasa w tych przypadkach, gdzie wyrostek robaczkowy tkwi w miednicy małej; tam zaś, gdzie wyrostek leży zdala od siedziby ropnia, przyjmuje ten autor taki bieg rzeczy, że przebicie wyrostka następuje do wolnej jamy brzusznej, że tamże wylewa się swobodnie treść zakaźna i spływa według prawideł siły ciężkości w najniższe miejsca, a więc do jamy Douglasa. A również wszędzie tam, gdzie pierwiastki zakaźne zatrzymują się w większej ilości, powstają równocześnie ropnie, a więc w otoczeniu przebitego wyrostka, dokąd z otworu przebicia sączy się dalej jad zakaźny, dalej w zatokach lędźwiowych itd.

Drugi sposób powstawania ropni w jamie Douglasa jest według poglądu Rottera ten, że wysięk surowiczy, otorbiony w jamie Douglasa, ulega zropieniu. W przebiegu bowiem świeżego ropienia, ograniczonego wyłącznie do okolicy wyrostka robaczkowego, powstaje zazwyczaj w jamie brzusznej wysięk wolny, surowiczy. Płyn ten siłą ciężkości zbiera się głównie w jamie Douglasa i zrazu zupełnie jałowy, może uledz następnie zakażeniu, czy to z ogniska pierwotnego, czy też nawet z jelita, skutkiem przewędrowania drobnoustrojów.

Rozpoznanie ropni usadowionych w jamie Douglasa udaje się przez obmacanie powłok brzusznych dopiero wówczas, gdy ropnie te przy dalszym wzroście wysuną się z miednicy małej ku górze i zbliżą się do ściany brzusznej powyżej spojenia łonowego lub więzów Pouparta. Jak długo są one małe, leżą ukryte w miednicy małej i uchodzą świadomości badającego przez powłoki brzuszne. Również tam, gdzie równocześnie z ropniem w jamie Douglasa istnieją jeszcze inne ogniska ropne, obmacanie przez powłoki brzuszne nie wyświetla prawdziwego stanu rzeczy, gdyż ropień w jamie Douglasa wobec oporności ponad nim leżących ognisk ropnych uchyla się od wybadania.

Jedynie tylko badanie przez odbytnicę daje możność należytego rozpoznania, gdyż w przypadkach ropni w jamie Douglasa znajdujemy wybitne wypuklenie przedniej ściany odbytnicy powyżej gruczołu krokowego o zbitości elastycznej albo chełboczącej, lub stwierdzamy przynajmniej bolesną oporność przedniej ściany odbytnicy.

To też badanie przez odbytnicę w każdym bez wyjątku przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego winno stać się zasadą, której zaniedbanie sprowadza niejednokrotnie przykre niespodzianki dla obserwującego, dla chorego zaś groźne następstwa.

Co do leczenia ropni, mieszczących się w jamie Douglasa, to razem z rozpoznaniem ich niewątpliwem nasuwa się konieczność wydalenia ropy na drodze operacyjnej, zważywszy, że każde, nawet najmniejsze ognisko ropy zakaźnej w jamie brzusznej, chociażby jak najdokładniej otorbione zrostami, może przebić się nagle do wolnej jamy brzusznej i sprowadzić wszystkie następstwa najcięższego zapalenia otrzewnej z przebicia. Przykładów podobnych niestety nie brak.

[1] Według odczytu wygłoszonego podczas XI-go Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie.

Drogi, na których można dosięgnąć i opróżnić ropień leżący w jamie Douglasa, są liczne. U kobiet otwierano je już dawniej przez pochwę, nacinając sklepienie tylne; Monod i Vauverts obrali drogę kulszo-odbytniczą *(ischiorectalis)*, dodając przeciwcięcie w pochwie; Koch, Port i Hochenegg zalecają cięcie przykrzyżowe, tak jak do wyłuszczenia górnych odcinków odbytnicy.

Stieda z kliniki Eiselsberga w Królewcu opisuje dwa przypadki, w których z cięcia na kroczu, torując sobie drogę między pęcherzem i odbytnicą, opróżniono wielkie ropnie z jamy Douglasa sięgające aż do pępka. Rotter w pierwszych 7-miu przypadkach postępował z krocza aż ku załamkowi otrzewnej, i w tym kierunku opróżniał ropnie z jamy Douglasa; później jednak, ze względu na trudności techniczne i silne krwawienie, jakie szlak ten sprowadza wznowił zapomnianą już i zniesławioną drogę przez odbytnicę, zaleconą pierwotnie przez Grassera, i tą wyłącznie opróżnia rzeczone ropnie. Postępuje przytem tak, że bez wziernika i usypiania chorego, pod przewodnictwem palca, wprowadza do odbytnicy długą igłę punkcyjną, okrytą na szczycie kapturkiem i wkłówa ją w miejscu najsilniejszego wypuklenia się ściany kiszki, poczem łączy igłę ze strzykawką i aspiruje treść z jamy Douglasa. Stwierdziwszy ropę wsuwa na igłę kleszczyki Landaua, przebija niemi ścianę odbytnicy i roztwierając ich ramiona, rozszerza otwór w ścianie kiszki. Przy postępowaniu tem nie spostrzegał nigdy silniejszego krwotoku, ani nie wyrządził choremu obrażenia ubocznego; nigdy nie stwierdził, aby jelita przylegały do przedniej ściany odbytnicy.

Oględniej postępuje Garré, z którego kliniki ogłosił Langemak 7 przypadków ropni w jamie Douglasa, operowanych przez odbytnicę. Tu pod kontrolą wziernika odsłania się możliwie najdokładniej pole operacyjne, poczem na małej przestrzeni i powierzchownie nacina się ścianę odbytnicy, a tępe kleszcze, wsunięte w otwór powstały z nacięcia, dokonują na tępo rozdarcia do reszty ściany kiszki i otwarcia samego ropnia w jamie Douglasa. Leczenie następowe jest też zasadniczo różne: podczas gdy Rotter żadnego leczenia pooperacyjnego nie prowadzi, uważając je za zbyteczne i przestrzega przed stosowaniem lawatyw, ułatwiających dostawanie się cząstek kałowych do jamy ropnia, w klinice Garrégo pozostaje sączek okryty gazą jodoformową i sterczący z odbytnicy tak długo w jamie ropnia, dopóki jama się nie skurczy i nie zmniejszy się ilość wydzieliny ropnej. Dla ułatwienia odpływu ropie służą codzienne przepłókiwania sączka, a po upływie 5—6 dni stosuje się wlewania do kiszki odchodowej. (Dok. nast.).

II. Z sali mamek i osesków szpitala św. Ludwika pod dyrekcyą Prof. Dra Jakubowskiego w Krakowie.

Kwaśna niestrawność jelitowa u dzieci karmionych piersią.

(Dyspepsia intestinalis acida lactatorum).

Napisał

Dr. Jan Raczyński,

Doc. pedyatryi w U. J.

(Dokończenie).

Wspomniano powyżej, że przy oznaczaniu kwasów tłuszczowych wolnych, oznaczano także ilość tłuszczu zawartego w kale. Wiadomo, że tłuszcz znajduje się zawsze w kale dzieci karmionych pokarmem kobiecym, a ilość jego tutaj, zależy od ilości tłuszczu w pokarmie, jak również od mniejszej lub większej zdolności wyzyskania tłuszczów w przewodzie pokarmowym. W naszych przypadkach, przy karmieniu dwojga dzieci jednym pokarmem, porównanie odsetka tłuszczu w kale dziecka zdrowego i chorego wskazywało wprost na sprawność jelit pod względem trawienia tłuszczów.

Badanie co do ilości tłuszczów wykazało:

W spostrzeżeniu I. W 100 grm. suchego kału dziecka zdrowego St. K. odsetek tłuszczu wynosił 19·8%; u dziecka J. F., cierpiącego na niestrawność, 28·6%

W spostrzeżeniu II. Dziecko chore A, M. w 100 grm. suchego kału 39·35% tłuszczu; dziecko zdrowe H. M. 17·9%.

W spostrzeżeniu III. Dziecko chore M. K. ilość tłuszczu w 100 grm. such. kału = 27·7%; dziecko zdrowe ilość tłuszczu = 13·9%.

W spostrzeżeniu IV. Mi P. dziecko zdrowe, % tłuszczu w 100 grm. kału = 17·2%, — dziecko chore % tłuszczu wynosi 21·9%.

Porównywując liczby uzyskane przy tych oznaczeniach, widzimy, że odsetek tłuszczu w kale jest zawsze wyższym w przypadkach niestrawności, a stosunek ten zwiększyłby się jeszcze, gdybyśmy dodali ilość tłuszczu rozłożonego, znajdującego się w kale w postaci kwasów tłuszczowych, których wykazaliśmy większą ilość właśnie w przypadkach niestrawności. Na tej też podstawie twierdzić możemy:

4) Podniesiona kwasota treści przewodu pokarmowego utrudnia wyzyskanie tłuszczów.

Zestawmy teraz poszczególne wnioski, a cały obraz cierpienia przedstawi się jak następuje:

W przewodzie pokarmowym zdrowo urodzonego noworodka przychodzi w pewnych warunkach do bujania flory prawidłowej; następstwem tego jest podniesienie się kwasoty treści, co znów odbija się niekorzystnie na ustroju, wywołując cały szereg objawów w części ze strony przewodu pokarmowego, jak: potrzeba częstego oddawania kału, wzdęcia, niepokoje, kolki, w części odbija się na całym ustroju, sprowadzając niedostateczny rozwój, brak przybytku ciężaru ciała, wreszcie wypryski, krzywicę i t. d.

Jakież mogą być warunki, wśród których przychodzi do bujania flory w przewodzie pokarmowym? Takie korzystne warunki wytworzone być mogą przez podawanie dziecku nieodpowiednich pokarmów w pierwszych godzinach po urodzeniu i to nieodpowiednich tak co do składu chemicznego, jak i czystości pod względem bakteryologicznym. Wiadomo, że w sutkach kobiety jeszcze przed i zaraz po porodzie znachodzimy w skąpej ilości płyn o wysokim odsetku białka (według Pfeiffera 9·756%), a skąpej ilości tłuszczu (2·594%), cukru (2·762%). Pytanie, w ile godzin po urodzeniu się ma dziecko dostać pierwszy i jaki pokarm różnie bywa rozstrzygane. Troskliwe opiekunki, chcąc oszczędzić matkę i dogodzić dziecku, poją je w pierwszych dniach często i obficie naparem rumianku, koperku, herbaty, naturalnie z dodatkiem cukru, lub co jeszcze gorzej, mleka, lub śmietanki; podają rozmaite ulopki, a nawet środki przeczyszczające. Tymczasem według Kellera już sam dodatek cukru może nie być dla ustroju obojętny, tem więcej dodatek mleka i t. p.

Roztrząsając sprawę pierwszego pokarmu dla noworodka, przytaczają Czerny i Keller spostrzeżenie Jensena, który zauważył, że cielęta, karmione zaraz po urodzeniu mlekiem gotowanem, zapadały i ginęły na chorobę

przewodu pokarmowego; — przystawiane zaś do wymion pierwszego dnia, po odsaniu siary, znosiły dobrze późniejsze karmienie mlekiem. Dochodząc przyczyny tego zjawiska, wykazano doświadczalnie, że przyczyną chorób w tym razie był prątek okrężnicowy *(bacterium coli)*, na który cielęta nieotrzymujące siary, w pierwszych godzinach życia bardzo były wrażliwe. Czy nie możemy również dobrze twierdzić, że to samo znaczenie ochraniające ma siara dla przewodu pokarmowego noworodka, kto wie nawet, czy nie idzie tu o niekorzystny wpływ tego samego drobnoustroju?

Znakomity klinicysta Widerhofer zauważył, jak to już wyżej zaznaczono, że te dzieci zapadają najczęściej na niestrawność wśród opisanych objawów, które po urodzeniu dostały odrazu mleko i to najczęściej mleko kobiety, będącej już pewien czas po porodzie, mleko mamki. W ten sposób znajdujemy w klinicznej obserwacyi potwierdzenie wyrażonych zapatrywań, t. j., że pewne warunki wpływają korzystnie na rozwój bakteryj w przewodzie pokarmowym. Z drugiej strony tu możemy szukać początku zapatrywań o niedobranym pokarmie.

Do tej grupy przyczyn zaliczyć nam też należy za obfite przyjmowanie pokarmu przez oseska. Przekarmianie uważa dziś największa liczba klinicystów za przyczynę niestrawności; zapatrywanie to zgadza się w zupełności z naszem pojęciem tego cierpienia, bo jasną jest rzeczą, że przedostający się w większej ilości pokarm, a dla swej ilości niedostatecznie nasycony sokami trawiennymi, stanowi dobrą pożywkę, na której hodować się mogą drobnoustroje.

Przyczyna nadmiernego rozwoju prawidłowej flory leżeć też może w ustroju samym, a mianowicie w niedostatecznym jego rozwoju.

Nie może ulegać wątpliwości, chociaż wykazanem nie zostało, że działanie soków trawiennych, jak kwas solny, żółć, sok trzustki i t. d., którym także przypisujemy działanie niszczące lub wstrzymujące rozwój drobnoustrojów w przewodzie pokarmowym, będzie mniej wydatne wtedy, jeśli równomiernie z niedostatecznym rozwojem ustroju i rozwój gruczołów trawiennych będzie niezupełny. Przypuszczenie to znajduje potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych, które pouczają, że na niestrawność najczęściej cierpią dzieci słabo rozwinięte, niedonoszone, jak również ulegają jej dobrze rozwinięte dzieci z reguły w pierwszych tygodniach życia, bo i u nich wtedy mniej wydatne działanie gruczołów przypuszczać możemy. W ten sposób tłómaczyć by też można dobrowolne ustępowanie choroby po upływie pewnego czasu (ogół powiada, że dziecko krzyczy 6 lub 12 tygodni).

W końcu jeszcze kilka słów o leczeniu. Wyznać należy, że w cierpieniu, o którym mowa, używane środki lecznicze najczęściej chybiają celu. Wezwani do danego przypadku, zapisujemy kwas solny, lub kalomel, lub też środki wiążące kwasy, jak woda wapienna, fosforan wapniowy *(pulv. lapidum cancrorum)* i t. d. Wszystkie te środki rzadko kiedy odnoszą skutek; częściej cierpienie ustępuje mimo leczenia; najwięcej uzasadnionem byłoby podawanie środków odkażających w jelitach, lub alkaliów rozwijających swe działanie dopiero w jelicie grubem. Szkoła wrocławska podaje tym dzieciom małe dawki chloralu kilka razy na dobę, a to aby uśmierzyć napady kolki u dziecka i umożliwić przeprowadzenie karmienia co 3 godziny.

Moje doświadczenie nauczyło mnie, że czasami ustępuje niestrawność po podaniu dawki (1,00 grm. 2 razy na dobę) mleka krowiego; przypisuję to działaniu sernika, dlatego też, chcąc uniknąć trudności, jakie się łączą z podawaniem mleka krowiego dziecku karmionemu piersią, w kilku przypadkach podawałem czysty sernik mleka krowiego, tak zwaną dawniej eukazynę, teraz nutrozę, a wyniki osiągnięte zachęcają do dalszych prób w tym kierunku.

Piśmiennictwo. Biedert: Die Kinderernährung im Säuglingsalter. 1900. Blauberg: Experimentelle u. kritische Studien über Säuglingsfäces bei natürlicher u. künstlicher Ernährung. 1807. Brudziński: Rola drobnoustrojów w chorobach przewodu pokarmowego niemowląt. Gazeta lekarska. 1901 5, 6. Czerny i Keller: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen u. Ernährungstherapie. I. II. III. 1902. Filatow: Traitement de la dyspepsie des nourissons élevés au sein. Annales de médecine et ch. 1901. 12. Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten IV. 2. Gregor: Der Fettgehalt der Frauenmilch u. die Bedeutung der physiologischen Schwankungen desselben in Bezug auf das Gedeihen des Kindes 1902. Jakubowski: O niestrawności u niemowląt (Dyspepsia infantum). Przegl. lek. 25—33. 1864. Kamieński: O właściwościach fizyologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii. Keller A.: Kranke Kinder an der Brust. Jahrbuch für Kinderheilkunde 53. Marfan: Die Überfütterung mit Milch. etc. Archiv für Kinderheilkunde 1901 Morro: Ueber Staphylococcenenteritis der Brustkinder. Jahrbuch f. Kinderheilk. T. 52. Papiewski: O karmieniu niemowląt 1895. Schlossmann: Zur Frage der nat. Säuglingsernährung. Arch. f. Kinderheilk. XXX. Schreiber: Die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kindesalter. 1902. Sommer: Die Prinzipien der Säuglingsernährung. 1901.

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. lwowskiego Prof. Dra Marsa.

Ciąża, poród i połóg u osób obarczonych wadą serca.

Skreślił

Dr. Rudolf Brejter,

asystent kliniki.

(Dokończenie).

Streszczając nasze zapatrywania na pojedyncze sprawy zachowania się lekarza podczas porodu powikłanego wadą serca niewyrównaną, zaznaczam raz jeszcze, że stoimy na stanowisku w całem tego słowa znaczeniu zachowawczem. Nie staramy się zatem wcale o skrócenie fizyologicznego trwania pojedynczych okresów porodu, — skracając bowiem jeden okres, przedłużamy przez to drugi i stwarzamy warunki nieprawidłowe; — wykonując zaś jakiś zabieg w celu skrócenia czasu trwania porodu, wprawdzie osiągamy cel zamierzony, — z drugiej jednak strony wywołujemy mimowoli znaczne wahania w ciśnieniu krwi, — czemu właśnie powinniśmy zapobiedz jako najszkodliwszemu czynnikowi na serce. Zasadą zatem: „rasch und schonend“ kierowaliśmy się o tyle, iż przy miednicy prawidłowej lub nieznacznie ścieśnionej, używaliśmy wygniatania płodu zapomocą opasek brzusznych lub sposobem Kristellera, przy ścieśnieniach zaś, lub gdy wystąpiły inne wskazania, uciekaliśmy się do kleszczy. W przypadkach znaczniejszego niestosunku porodowego przystąpiłbym raczej do wymóżdżenia płodu, niż do obrotu i ekstrakcyi. Przypadków znaczniejszego ścieśnienia miednicy nie mieliśmy między naszymi przypadkami wad serca niewyrównanych.

Zapatrywania co do sprawy używania chloroformu przy zabiegach operacyjnych są również podzielone. Winkel Guérard nie widzą w tem żadnego niebezpieczeństwa Lwoff radzi używać chloroformu aż do stanu podniecenia Philipps, Roesger są przeciwnikami chloroformu. W na

szych kilku przypadkach stosowaliśmy uśpienie chloroformowe bez złych następstw, zwłaszcza, iż doświadczenie nas uczy, że rodzące przy zużyciu najmniejszej ilości chloroformu z łatwością usypiają. Nie ulega jednak wątpliwości, iż należy tylko wyjątkowo, i z jaknajwiększą ostrożnością postępować; w każdym jednak razie ostrożne użycie chloroformu mniej przyniesie szkody, niż wpływy psychiczne i bóle, na jakie rodzącą narażamy przy cięższych operacyach położniczych.

Po porodzie, w razie krwotoku podawaliśmy bezkarnie przetwory sporyszu. Środek ten, — jak wiadomo, wywołując zwężenie naczyń, zwiększa opory w krążeniu; z drugiej jednak strony liczyć się musimy z tem, że lek ten, podany tuż po porodzie, t. j. w chwili największego spadku ciśnienia, potęgowanego jeszcze bardziej krwotokiem, wywołać może wskutek zwężenia się naczyń zaledwie bardzo nieznaczne podwyższenie się ciśnienia. Tego wyniku działania obawiać się zupełnie nie potrzebujemy. Wtórorzędne działanie polega na następowym spadku ciśnienia i w tem działaniu upatrują autorowie niebezpieczeństwo wystąpienia zapadu. U wielu chorych naszych stosowaliśmy bez żadnych złych następstw przetwory sporyszu i to w dość dużych dawkach; dlatego też śmiało możemy je zastosować, a to temwięcej, iż tuż po porodzie, prawie równocześnie podajemy, jak wyżej wspomniałem, w większej ilości środki podniecające. Gusserow, Guérard, Schlayer i inni radzą podawać przetwory sporyszu li tylko z środkami podniecającymi.

Postępowanie nasze w połogu powinno dążyć przedewszystkiem do tego, by zapewnić chorej bezwzględny spokój; powtóre zwrócić należy baczną uwagę na dyetę, która powinna być w pierwszych dniach ściśle przestrzeganą i składać się z pokarmów płynnych jaknajpożywniejszych, ilościowo jednak skromnych. Dlatego też radziłbym podawać takim chorym rosół silniejszy z żółtkiem, dalej mleko ile możności podwójne, lub nawet potrójne, winną polewkę z żółtkami itd. Prócz tego niezbędnem jest w niektórych przypadkach cięższych podawanie środków sercowych, — w lżejszych zaś — środków podniecających. W ten sposób postępując, znikają stosunkowo dość szybko wybitne obrzęki, białko z moczu i inne objawy niedomogi, a serce przychodzi powoli do swej równowagi. Chora powinna dłuższy czas, jak to zwykle jest przyjętem w połogu, przebywać w łóżku. Co się tyczy kwestyi karmienia, z którą nawiasem mówiąc nigdzie się nie spotkałem, to takiej chorej powinno się karmienia stanowczo odradzać.

Przystępuję obecnie do rokowania i rozpatrzenia stopnia niebezpieczeństwa wad pojedyńczych zastawek. Najczęściej mieliśmy do czynienia z niedomykalnością zastawki dwudzielnej: na 33 przypadków było ich 18, następnie 9 przypadków niedomykalności połączonej ze zwężeniem ujścia żylnego lewego, dwa przypadki czystego zwężenia ujścia żylnego lewego, dalej dwa zwężenia ujścia tętniczego lewego, jeden przypadek niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty i jeden przypadek wad mięszanych, t. j. zastawek aorty i dwudzielnej. Prócz tego znajduje się między tymi jeszcze kilka przypadków powikłanych wad serca z zapaleniem przewlekłem osierdzia. Znaną jest rzeczą i wszyscy autorowie prawie jednogłośnie uznają groźne niebezpieczeństwo zwężenia ujścia żylnego lewego. Z dwóch naszych przypadków nie możemy o tem sądzić; oba bowiem przebiegały nadzwyczaj szczęśliwie; zauważyć jednak można było, iż już w bardzo wczesnej stosunkowo ciąży poczęły dawać się we znaki, — w obu bowiem przypadkach objawy niedomogi, aczkolwiek nieznaczne, występowały już na początku drugiej połowy ciąży. Przy niedomykalności zastawki dwudzielnej objawy niedomogi w naszych przypadkach występowały bardzo późno, — zwykle przy końcu ciąży, lub w ostatnich miesiącach, a chociaż bardzo uporczywe i wybitne, z chwilą porodu ustępowały bardzo szybko. Spostrzeżenia Spiegelberga, jakoby wady zastawek półksiężycowych aorty zbyt łatwo sprowadzały objawy niedomogi podczas ciąży i dochodziły do bardzo groźnych zaburzeń podczas porodu, nieudało mi się sprawdzić na naszych czterech chorych. Jess na podstawie 6 przypadków wad zastawek aorty również nie podziela zapatrywań Spiegelberga; Lwoff zaś powiada: „les vices des valvules aortiques seront d'une grande importance pendant la grosseusse". Sądząc z tego, co powiedziliśmy, nie możemy bezwzględnie rokować źle lub dobrze z umiejscowienia, lub z rozciągłości wad zastawkowych (wyjąwszy może przy zwężeniu ujścia żylnego lewego); rokowanie nasze opierać się powinno li tylko i jedynie na całości mięśnia sercowego, gdyż jak z jednej strony wybitne zmiany na kilku za zastawkach przy zdrowym, niezwyrodniałym mięśniu sercowym mogą powodować nieznaczne objawy niedomogi, — tak z drugiej strony nieznaczne zmiany przy mięśniu wyniszczonym i złem odżywieniu chorej doprowadzić mogą do poważnych następstw.

W ogólności na podstawie naszego materyału powiedzieć możemy, iż rokowanie przy wadach serca bez powikłań wśród ciąży, porodu i połogu nie przedstawia się tak groźnie, jak niektórzy autorowie sądzą. Guérard np. wypowiada zdanie, iż w poliklinice Martina najcięższe powikłania podczas ciąży stanowią wady serca i dają gorsze wyniki, niż przy drgawkach i przy łożysku przodującem (?!) W rzeczywistości jednak zapatrywanie to jest zbyt pesymistyczne i jednostronne. Pesymizm prognostyczny w przypadkach wad serca wśród ciąży wywodzi swe istnienie od tych autorów, którzy na podstawie swych kazuistycznych niepomyślnych przypadków budują wnioski zbyt jednostronne, podporządkowując ogół przypadków pod jeden niepomyślny mianownik, zawdzięczający swe powstanie przypadkowemu zbiegowi okoliczności.

Nie chcąc jednak narażać się na zarzut, iż zająłem stanowisko zbyt optymistyczne, zaznaczyć muszę, iż i tu musimy rozróżnić rozmaitego rodzaju odcienie w rokowaniu. Rokowanie nasze znacznie będzie gorsze, jeśli mamy do czynienia ze sprawami zapalnemi przewlekłemi, toczącemi się w samym mięśniu sercowym, dalej wówczas, jeśli prócz wady serca istnieją inne powikłania, jak gruźlica płuc, zapalenie przewlekłe nerek, nareszcie jeśli mamy do czynienia nie z pierwszą dopiero ciążą u chorej, a przy poprzednich już występowały groźne objawy niedomogi. Również rokowanie nasze będzie gorsze, jeśli mamy do czynienia ze świeżem lub powrotnem zapaleniem wsierdzia *(endocarditis recurrens)*, jeśli u rodzącej występuje zator tętnicy, lub udar mózgowy. Wszystkie te czynniki mogą wpływać ujemnie na rokowanie, które nawet w niektórych przypadkach może być wprost złe. Z tego jednak nie możemy brać miary ogólnej i muszę stanowczo zaznaczyć na podstawie statystyki klini-

cznej, iż nie możemy uważać ciąży wśród czystych wad serca za czynnik wprost niekorzystny i zabójczo wpływający na mięsień sercowy.

Przystępując obecnie do ostatniego punktu, t. j. do sprawy zezwolenia chorej z wadą serca na małżeństwo, względnie — jakie stanowisko zająć powinien lekarz o to pytany, zastanowić się musimy nietylko nad samą wadą serca, lecz również wziąść w rachubę i inne czynniki dalsze, dotyczące odpowiedniej osoby.

Sąd bowiem w tej kwestyi jest zbyt poważny, a wyrok nasz rozstrzyga nieraz o całem życiu odpowiedniej jednostki. W przypadkach jasnych, pewnych, wyrok nasz również będzie stanowczy i kategoryczny; — w wielu jednak ograniczyć się musimy do pewnego rodzaju przestrogi i zwrócić chorej szczególniejszą uwagę na zapobieganie, które jeśli gdzie, to w takich przypadkach święci swe tryumfy.

Chcąc zatem, by sąd nasz wypadł słusznie, musimy przedewszystkiem mieć na względzie trzy główne stopnie przypadków, i tak przypadki:

1) z wadami zupełnie wyrównanemi,

2) w wadami, dającemi się często we znaki przy lada jakich wzruszeniach fizycznych i moralnych,

3) z wadami wśród powikłań, jakoto: gruźlica płuc, zapalenie przewlekłe nerek i t. p., lub ze zmianami w samym mięśniu sercowym.

Nad wadami zupełnie wyrównanemi zastanawiać się nie będę: — tu odrazu przyzwolimy na małżeństwo. Inaczej cośkolwiek rzecz się przedstawi, jeśli mamy do czynienia z przypadkami, wyszczególnionymi pod 2); tu bowiem i inne czynniki w grę wchodzą, — dlatego tu należy bardziej indywidualizować. I tak względniejsi być możemy w wydawaniu naszego sądu: u osób materyalnie dobrze położonych, mogących się szanować i pozwalać sobie na wszelkie wygody, a podczas ciąży i połogu pędzić życie ile możności bezczynne. Inaczej rzecz się przedstawi, jeśli pacyentka, którą los rzucił między szare masy tłumu roboczego, szuka u nas porady. Tu na ostrożność i zapobieganie liczyć nie możemy; drogowskazem dla nas musi być li tylko stan serca i ogólny stan chorej. Chorą taką należy przestrzedz przed grożącem jej niebezpieczeństwem; w przypadkach zaś z cięższymi objawami niedomogi mamy prawo nie zezwolić, względnie być przeciwnymi małżeństwu.

Rodzaj wady odgrywa tu pewną rolę i wpływać może na nasz sąd. Przeważna część autorów, jak wyżej wspomniałem, przestrzega przed niebezpieczeństwem, grożącem przy zwężeniu ujścia żylnego lewego; a zatem w tych przypadkach należy postępować z większą ostrożnością, — dokładnie rozważyć wszystkie *pro* i *contra*, które przechylą szalę naszego sądu na tę lub na ową stronę. W każdym jednak razie, jeśli sąd nasz jest przyzwalającym, należy przestrzedz taką chorą przed ciążą następną.

Nie ulega wątpliwości, iż jeśli mamy do czynienia z przypadkiem, kwalifikującym się do grupy trzeciej, — to bezwarunkowo sprzeciwimy się i nie zezwolimy na związek małżeński.

Postępując według przytoczonych wskazówek, nieraz uda się nam uniknąć gorzkich wymówek i żalów; — a chociaż w większej części przypadków sąd nasz nie będzie wysłuchany, — to w każdym razie jesteśmy pokryci — i nieraz bodaj w cichości ducha przyznaną nam będzie słuszność.

Kończąc niniejszą pracę, niech mi wolno będzie na tem miejscu złożyć podziękowanie memu Czcigodnemu Szefowi Profesorowi Marsowi za udzielenie mi cennych wskazówek i za odstąpienie materyału klinicznego do niniejszej pracy.

IV. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Ludwika Rydygiera we Lwowie.

O wynikach po operacyach doszczętnych przepuklin.

Podał
Dr. Feliks Hahn,
c. k. lekarz pułkowy przydzielony do kliniki.

(Dokończenie).

Ostateczne wyniki po operacyach doszczętnych śledzić mogliśmy tylko w pewnej części przypadków.

W przypadkach naszych zastosowano metodę:

1) Bassiniego	(wzgl. modyf. Postempskiego)	122 razy
2) Kochera	(„ „ II-gą i III-cią)	46 „
3) różne metody inne		25 „
		193 razy

Osiągnięte wyniki uwidocznia następująca tablica:

Operatio radicalis modo	H. lib.		H. irrep.		H. incarc.		Razem	
	wylecz. trwałe	recyd.	wylecz. trwałe	recyd.	wylecz. trwałe	recyd.	wylecz. trwałe	nawrót.
Bassini	12	—	—	—	8	—	83	7
Bassini-Postempski	43	5	5	—	15	2		
Kocher, modyf. II.	14	1	—	—	—	—	40	2
Kocher, modyf. III.	23	1	—	—	3	—		
różne sposoby	6	4	2	—	1	1	9	5
Razem	98	11	7	—	27	3	132	14

Z zestawienia tego wynika, że w ogólności w 9·6% po operacyi doszczętnej przepuklin pachwinowych nastąpił nawrót cierpienia. W szczególności zaś: po operacyi Bassiniego, wzgl. jej modyfikacyi przez Postempskiego, było 7·8% nawrotów, po operacyi sposobem Kochera 4·8%. Liczby te zdają się przemawiać bardzo za metodą Kochera, w przeciwieństwie do ogłoszeń innych autorów, którzy mniej więcej jednakie osiągali wyniki tak po operacyi Bassiniego, jak i po metodzie Kochera.

Tak np. po operacyi doszczętnej sposobem (zasadniczym) Bassiniego podają nawrotów przepukliny:

Lebensohn [4])	2·8%
Brenner [52])	5.9%
Stajner [9])	9·2%
Franz [12])	6·4%
Coley [28])	0·91%
Andrews [30])	5·0%
Galeazzi [31])	5·99%
Bloodgood [27])	5·6%
Remedi [32])	2·42%
Hirschkopf [34])	4·4%

a Franz [12]) oblicza przeciętnie 4·7%.

Po operacyi Kochera:

Lebensohn [4])	w 3·6%
Bernhardt [29])	„ 15%
Galeazzi [31])	„ 5·02%
Hirschkopf [24])	„ 2·5% wzgl. 1·2%.

Porównajmy jednak te metody i z innych punktów

widzenia. Przebieg pooperacyjny po obu operacyach przedstawia się jednako. Również po obu metodach zwykle potrzeba takiego samego czasu do wygojenia się ran, — przeciętnie 7—10 dni. Jednakowoż po tym czasie możemy chorych operowanych sposobem Kochera śmiało wypisać z kliniki, zalecając im jedynie czasowe wstrzymanie się od cięższych robót, podczas gdy operowanych sposobem Bassiniego trzymać należy w łóżku stale przez 3—4 tygodni a nawet dłużej, by się doczekać dokładnej konsolidacyi blizn w powłokach brzusznych. Wreszcie pod względem możliwych powikłań zwłaszcza ze strony narządu oddechowego, obie metody dają równe widoki.

Graser[23]) wymaga od nowoczesnej metody operacyjnej przepuklin, aby 1) worek przepuklinowy mógł być możliwie wysoko podwiązany; 2) by brama przepuklinowa mogła być dokładnie zamknięta; 3) rana pooperacyjna wygoiła się przez rychłozrost bez pozostawienia rozległych blizn; 4) technika operacyjna była możliwie prostą; 5) i by nie zachodziła konieczność operowania w głębi na ślepo.

Któraż z tych dwóch wyżej omówionych metod odpowiada w całości lub w większej części tym wymaganiom?

W całości — żadna: jednak metoda Kochera ma większą liczbę stron dodatnich za sobą, niż metoda Bassiniego. W metodzie Kochera nie zostaje przedewszystkiem spełnionym warunek zupełnego zamknięcia bramy przepuklinowej. Ta jednak słaba strona tej metody znacznie traci na znaczeniu przez to, że *locus minoris resistentiae* w otrzewnej zostaje przemieszczony ku górze i wszczepiony w odporne ściany. W metodzie Bassiniego zaś zamykamy wprawdzie dokładnie ujście kanału pachwinowego, lecz pozostawiamy w powłokach brzusznych długą bliznę, która, poddając się z czasem parciu śródbrzusznemu, rozszerza się, powłoki brzuszne w tem miejscu wypuklają się, jak to kilkokrotnie miałem sposobność spostrzegać u chorych, dawniej już tą metodą operowanych, a blizna taka stanowić może punkt wyjścia dla nowej przepukliny *(hernia ventralis)*. Nadto metodzie Bassiniego brak owej prostoty w technice, tak właściwej sposobowi Kochera.

Na niekorzyść metody Bassiniego zapisuje Grosse[13] i to, że metoda ta wymaga wielu i dokładnych szwów, przez co tkanki łatwo mogą uledz obumarciu i łatwo przyjść może do ropienia w szwach. Ostatnia ta okoliczność wywołała ze swej strony cały szereg metod, mających ułatwić wyjęcie szwów zapuszczonych, metod, które w naszej klinice są bezprzedmiotowe, gdyż szyjemy stale, jak już wspomniałem, katgutem. Temu jednakże zaprzeczyć nie można, że metody Kochera nie można zastosować w każdym przypadku, tak jak metodę Bassiniego. Sam bowiem Kocher podnosi, że dla jego metody nadają się tylko te przypadki „gdzie przepukliny nie są zbyt wielkie, a worek nie gruby“.

Szukając przyczyn, które spowodowują nawrót cierpienia po operacyi doszczętnej, położyć należy na pierwszem miejscu: późny wiek, podupadły stan fizyczny zdrowia, wielkie przepukliny powikłane, zropienie rany, kaszel, gwałtowny śmiech i t. p. Pamiętając o tych przyczynach nawrotów przepuklin, można obmyślić sobie wskazanie do operacyi doszczętnej.

Jeszcze w roku 1888 oświadczył Socin, że istnieje jedno tylko wskazanie do operacyi doszczętnej przepukliny wolnej, t. j. bezskuteczne używanie paska przepuklinowego. Wyniki osiągnięte w ostatniem dziesięcioleciu pozwalają jednak nierównie naprzód posunąć granice wskazań.

Dziś uznajemy następujące wskazania: 1) bezskuteczne używanie paska przepuklinowego; 2) niemożność odprowadzenia przepukliny i kilkakrotnie powtarzające się uwięźnięcie; 3) dolegliwości, jakie przepuklina sprawia, życzenie chorego i względy socyalne.

Przeciwwskazaną jest operacya u ludzi o lichym stanie ogólnym i przy cierpieniach narządów koniecznych do życia. Późny wiek sam przez się nie daje przeciwwskazania do podjęcia operacyi doszczętnej. Kiedy jednak, jak to doświadczenie poucza, u takich operowanych nawroty są częste, lepiej przepuklin wolnych u starców nieoperować.

Dzieci w klinice Rydygiera operowano bardzo mało. Doświadczenie bowiem poucza, że przepukliny u nich pod dobrym i dobrze założonym paskiem wygoić się mogą same.

Wielu jednak chirurgów operuje i dzieci (Wirt[38], Coley[39], Maass[40], Karewski[44], Eceles[45], Bittner[47] i t. d.). Wyniki po operacyach doszczętnych, nawet przy użyciu jak najprostszych metod, mają być świetne. Przytoczeni autorowie zestawiają następujące wskazania: 1) bezskuteczne leczenie paskiem; 2) przepukliny nie dające się odprowadzić i uwięźnięte; 3) powikłania wodniakiem jąder, wynicowaniem pęcherza i t. p.; 4) względy socyalne.

Na wiek dzieci, w którym należy przystąpić do operacyi, nie wszyscy ściśle się godzą: jedni operują już w 2. r życia, inni czekają do 5-go: Fraenkel[48]) przemawia za tem, aby operować już w 1-szym r. życia, o ile osesek jest zupełnie zdrowy.

W przypadkach przepuklin uwięźniętych wykonano następujące operacye:

Operacya	Wyleczenie	Śmierć	Razem
Herniotomia	3	10	13
„ *et operatio radicalis h.*	40	—	40
„ *et anus praeternaturalis*	—	2	2
„ *et resectio intest. primaria*	1	7	8
„ *et resectio int. prim. et oper. radic.*	1	—	1
„ *et resectio int. secund.*	—	1	1
Repositio in narcosi	2	—	2
„ „ „ *et operatio radicalis*	1	—	1
Herniolaparotomia et operatio radicalis	1	—	1
„ *et anus praeternatur.*	—	1	1
„ *et resectio int. prim.*	—	1	1
Razem	49	22	71

Znaczny odsetek przypadków śmiertelnych tłómaczy się głównie tem, iż większość chorych zgłaszała się do kliniki z przepukliną uwięźniętą już od kilku dni, gdy wszelkie zabiegi różnych lekarzy z „Bożej łaski“ okazały się bezskutecznymi, jakkolwiek nie pozostawały bez następstw, jak o tem świadczyły nierzadko olbrzymie podskórne wylewy krwi.

2. Przepukliny udowe. Przepuklin tych spostrzegano w naszej klinice 51 przypadków, u 6 mężczyzn i 43 kobiet, 27 razy po stronie prawej,

20 „ „ „ lewej,

2 „ „ obu stronach. Wyniki, jakie osiągnęliśmy przez operacye doszczętne, nazwać można znakomitymi.

Na 23 bowiem przypadków zbadanych w 1 tylko (a więc 4·2%) stwierdziłem nawrót.

Znalazłem jednak zaledwie w kilku przypadkach dokładniej opisaną metodę operacyjną; nie mogę więc zająć się bliżej sprawą wyboru sposobu operacyjnego.

Zresztą nie ma nawet istotnej potrzeby, aby szczegółowo rozważać zalety tej lub owej metody. Nasze przypadki, jak niemniej wyniki, które znalazłem w dostępnem mi piśmiennictwie, zdają się świadczyć o tem, że każda z metod może dać w skutkach jak najlepszy wynik. Jedni zalecają operacyę Bassiniego, drudzy Kochera, inni chwalą różne operacye plastyczne: Salzera (wytworzenie płatu z powięzi łonowej *(fascia pectinea)*, Schwartza (zamknięcie bramy płatem z mięśnia przywodzącego mniejszego), Davisa (płat mięśniowy z m. łonowego), lub najświeższa Ullmanna (płat z tkanki łącznej podskórnej) itd.

W niżej umieszczonej tablicy uwidoczniamy wyniki osiągnięte przy uwięzniętych przepuklinach udowych:

Operatio	Wyleczenie	Śmierć	Razem
Herniotomia	4	3	7
„ *et anus praeternatur.*	1	4	5
„ „ *resect. int. prim.*	5	2	7
„ „ „ „ „ *et oper. rad.*	1	—	1
„ „ „ „ *secund.*	2	—	2
„ „ *oper. radical.*	14	—	14
„ „ *laparotomia*	—	1	1
Herniolaparotomia	2	1	3
Razem	29	11	40

I tu też wysoki odsetek śmiertelności tłómaczy się tymi samymi względami, jak i w przepuklinach pachwinowych.

Nie możemy tu jednak pominąć milczeniem najniebezpieczniejszego rodzaju uwięźnięcia przepuklin wolnych, t. j. uwięźnięć t. z. „przepuklin ściennych“, znanych także, aczkolwiek niesłusznie, pod nazwą przepuklin Littrego. Ponieważ w przypadkach tych przepuklin uwięźnięciu ulega tylko część ściany jelitowej tak, że ściana przeciwległa znachodzi się jeszcze zwykle w wolnej jamie otrzewnowej, objawy uwięźnięcia miejscowe i ogólne bywają tak nieznaczne, iż nierzadko stan prawdziwy bywa odkryty albo bardzo późno, albo zostaje całkowicie przeoczony.

W końcu spełniając miły obowiązek dziękuję serdecznie nauczycielowi memu Panu Radcy Dworu Prof. Dr. L. Rydygierowi za odstąpienie materyału klinicznego, a Prof. Dr. B. Kaderowi, obecnemu Dyrektorowi kliniki chirurg. w Krakowie, za pozwolenie porobienia wyciągów z dotyczących historyj chorób.

Piśmiennictwo uwzględnione.

1) A. Schmidt: Die radicale Heilung der Unterleisbrüche nach der Methode des Dr. C. Schwalb (D. Zeitsch. f. Ch. B. XXXIV, p 90). 2) Staurenghi: Die Radicalcur der Hernia inguinalis (Allg. Wiener med. Zeitung 1888, pag. 237). 3) Frank: Über die Radicaloperation der Leistenhernien. Wien. 1893. 4) Lebensohn: Radicaloperation der Hernien (D. Zeitschrift für Chirurgie 1898, 48. Band. 5. u. 6. Heft). 5) Maydl: Die Lehre von den Unterleibsbrüchen, 1898. 6) Berger: Über Unterleibsbrüche 1897. 7) Winkelmann: Die Unterleibsbrüche und ihre chirurgische Behandlung. Leipzig 1897. 8) Albert E: Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre 1891. 9) Slajmer E.: Bericht über 150 Radicaloperationen des freien Leistenbruches nach Wölfler (Archiv für klinische Chirurgie LVI Bd. 4. Heft, 1898. 10) Escher: Ueber Bassinis Methode der Radicaloperation der Leistenbrüche. (Langenbecks Archiv XLIII Bd.11) Poullet: Guérison des hernies inguinales et crurales par l'autoplastic tendineuse. (Congrés francais de Chir. 1896. ref. im Ctb. für Chirurgie 1897/7 p. 208 12) Franz: Herniologische Beobachtungen. (D. Zeitschrift für Chirrurgie 51. Bd. 1. und 2. Heft, 1899. 13) Grosse L: Zur Radicalbehandlung der Leistenhernien (D. Zeitsch. f. Chir. 57 Bd. 1 und 2. Heft, 1900). 14) Brenner: (Cbl. f. Chirurgie 1898/41). 15) Borchardt-Körte: Über die Trendelenburg-Kraske'sche Operation (Beiträge zur klinischen Chirurgie XX/2). 16) Witzel: (Centralblatt f. Chirurgie 1900/17). 17) Assaky: (Münchener med. Wochenschrift 1898/14). 18) Borchardt M.; Osteoplastischer Verschluss grosser Bruchpforten (Beiträge zur klin. Chirurgie XX. Bd. 2. Heft, 1898). 19) Hackenbruch: Osteoplastische Radical operation für grosse Schenkelbruche. (Beiträge zur klin. Chirurgie. Band XI. 1894). 20) Beek C.: A new operation for inguinal hernia. (Med. news 1899 September 16, ref. im Cbl. für Chir. 1900/8). 21) Witzel O.: Ueber den Verschluss von Bauchwunden und Bruchpforten durch versenkte Silberdrahtnetze (Einheilung von Filigranplatten) (Cbl. für Chir. 1900/10 und Cbl. für Chir. 1900/10). 22) Goepel R.: Über die Verschliessung von Bruchpforten durch Einheilung geflochtener fertiger Silberdrahtnetze (Silberdrahtplatten) (Cbl. für Chirurgie 1900/17). 23) Graser: Hernien. (Handbuch der practischen Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns und v. Mikulicz, 1900). 24) Hirschkopf: Zur Radicaloperation der Hernien (D. Zeitschrift für Chirurgie 56 Bd. 1. und 2. Heft, 1900). 25) Nicoladoni: Zweihundert und sechzig Radicaloperationen nach Bassini nebst einer eigenen Methode der conservativen Verlagerung des Leistenhodens (Wiener med Presse 1895, Nr. 10—17). 26) Ludwig; Zur Radicaloperation der Leistenbrüche nach Bassini (Beitrage zur klin Chirurgie 1897, XXIII. Bd. 3. Heft). 27) Bloodgood: Operations on 459 cases of hernia in the J. Hopkins Hospital from Juni 1889 to January 1899. (Johns. Hopkins Hospital Reports 1899 Nr. 5—9. ref. Cbl für Chirurgie 1899/51). 28) Coley: The radical cure of hernia. (Med news 1899 September 2, ref. Cbl. für Chirurgie 1900/8). 29) Bernhardt: Die Radicaloperation der Leistenbrüche nach Kocher's Vorlagerungsmethode auf Grund von Erfahrungen der Strassburger chirurgischen Klinik (Inaug. Diss. 1899. ref. Cbl. für Chir. 1900/2) 30) Andrews: Major and minor technique of Bassinis operation asperformed by himself (New-Jork med. record. 1899 October 28, ref Cbl. für Chirurgie 1900/12). 31) Galeazzi: I risultati definitivi nella cura operativa dell'ernia inguinale. (Clinica chirurgica dell'ospedale Mauriziano Umberto I, diretta del Professore A. Carle. Estratto dalla Clinica chir. 1899. Nr. 6, ref. Cbl. für Chirurgie 1901/4 32) Remedi: Contributo alla cura radicale delle'ernie ed alla patogenesi delle ernie inguinale oblique esterne. (Accademia dei Fisiocritici 1899, ref. Cbl. f. Chirurgie 1901/20. 33) Drobnik: Radical operation nach Czerny, Mac Ewen und Bassini. (Nowiny lekarskie 1893/12). 34) Fowler: (Annals of Surgery 1897/59. ref »Medicin der Gegenwart« 1898. pag. 28). 35) Assaky: (Münchener med. Wochenschrift 1899, p. 437). 36) Rotter: Über die modernen Jndicationen zur Radicaloperation freier Hernien. (Berliner klinische Wochenschrift 1899/7). 37) Socin: Über den Wert der Radicaloperation der Hernien in Bezug auf definitive Heilung. (Allg. Wiener med. Zeitung 1888). 38) Wirt: Hernen bei Kindern. (Allg. Wiener med. Zeitung 1895. pag. 429). 39) Coley: (Archiv of Pediatrics April 1898. ref. w »Medicin der Gegenwart«. 1898. p. 433) 40) Maass: (Deutsche med. Wochenschrift 1901/10). 41) Karewski: Über radicale Bruchoperationen bei Kindern. (Deutsche med. Wochenschrift 1894/44) 42) Karewski: (Deutsche med. Wochenschrift 1892). 43) Fraenkel A.: Über Radicaloperation der Leistenbrüche von Säuglingen. (Cbl. für Chirurgie 1899/47). 44) Karewski: Zur Radicaloperation der Leistenbrüche bei Säuglingen. (Cbl. für Chirurgie 1899/51). 45) Eccles W. Mc. Adam: The treatment ot inguinal hernia in childrens. (Brit. med journ. 1899 Mai 13, ref. Cbl. f. Chir. 1899/51). 46) Permean E. S.: Radicaloperationer för icke inklämda bräck utförda å Kronprisessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn under åren 1891—1898. (Hygiea Bd. LXII. Heft 1, ref. Cbl. für Chirurgie 1900/4). 47) Bittner W.: Über die Radicaloperation des Leistenbruches nebst Bemerkungen zur Atiologie, Anatomie, Klinik desselb n. (Prager med. Wochenschrift 1900/13. ref. Cbl. für Chir. 1900/41). 48) Lenander, K. G.: Ueber die Sensibilität der Bauchhöhle und über die locale und allgemeine Anästhesie bei Bruch-und Bauchoperationen (Cbl. für Chirurgie 1901/8). 49) Bittner W.: Zur Radicaloperation der Jnguinalhernien im Kindesalter. (Archiv für klin. Chir. 1895, 49. Bd. 4. Heft). 50) Tillmanns: Lehrbuch der Chirurgie II. Theil, Band 1894. 51) Ullmann: Benutzung von Unterhautzellgewebslappen bei Operationen (Wr. med. Wochenschrift 1901. Nr. 46. und 47). 52) Sultan: Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche 1901. 53) Coley: Radical cure of inguinal and femoral hernia, with a report of 845 cases. (Annals of surgery 1901. Juli. ref. Cbl. f. Chir. 1902/1) 54) Kocher: Resultate der Hernien radical operationen. (Cbl. f. Chir. 1897/19).

V. Wyciągi.

Dr. Kaman. **Przyczynek kazuistyczny do nauki o drgawkach porodowych.** (*Münchener med. Wochenschrift* Nr. 20, 1902). Dwudziestoletnia pierwiastka, u której z rozpoczęciem się czynności porodowej wystąpiła bardzo ciężka postać drgawek, przewieziona została do kliniki zupełnie nieprzytomna. Ze

względu na to, że napadów już było 18 i że one bardzo łatwo występowały, a o natychmiastowem ukończeniu porodu na razie nie mogło być mowy, postanowiono zastosować znieczulenie tropokokainowe. W lekkiem uśpieniu wstrzyknięto między czwartym a piątym kręgiem lędźwiowym do przestworu podoponowego 1 sz. ctm. 5% jałowego roztworu tropokokainy. Skutek był zdumiewający. Napady nie powtórzyły się więcej, tętno poprawiło się, ciepłota opadła z 38·6 na 38·1, oddechy stały się swobodniejsze, chora wróciła do zupełnej przytomności, macica kurczyła się znakomicie, mimo, że chora bólów nie odczuwała; tętno płodowe regularne. Od czasu do czasu dostawała lewatywy z chloralu (2 grm.). Nazajutrz po zupełnie spokojnej nocy, przy ciepłocie 37·2, tętnie 100, wstrzyknięto drugą dawkę tropokokainy (0,05), ponieważ zachodziła obawa wystąpienia napadu. Skutek był wprost znakomity. Już po ośmiu minutach wystąpiło zupełne zniczulenie aż do pępka, a w niespełna dwie godziny poród dobrowolny, zupełnie niebolesny; napadów drgawek nie było, dziecko żywe. Chora ta po upływie $4^1/_2$ dni po porodzie umarła wśród ciężkich objawów ogólnych, połączonych z wybitną żółtaczką. Po wykluczeniu zakażenia połogowego, choroby Weila i innych możliwych chorób, rozpoznano: liczne ogniska zgorzelinowe w wątrobie i zatrucie ustroju wskutek dostania się substancyj trujących z płodu do matki. Ostateczną zaś przyczyną śmierci niedomoga serca w następstwie zapalenia płuca lewego. Sekcya rozpoznanie to zupełnie potwierdziła. Przypadek ten znowu wykazuje, że rokowanie przy drgawkach zależy od zmian anatomicznych w narządach wew., a przedewszystkiem w wątrobie, a nie od ilości napadów, które są tylko objawem chorobowym.

Dr. E. Ehrenpreis.

Grunert. **Przyczynek do operacyjnego leczenia zakrzepu zatoki poprzecznej pochodzenia usznego, szczególnie do odsłonięcia opuszki (bulbus) żyły jarzmowej wewnętrznej.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 53). Grunert podaje sposób odsłonięcia opuszki (bulbus) żyły jarzmowej wewnętrznej w celu wydobycia z niego skrzepu w przypadkach zakrzepu zatoki poprzecznej i żyły jarzmowej wewnętrznej. Zwykle w tych przypadkach odsłania się tylko zatokę poprzeczną, względnie żyłę jarzmową wewnętrzną i wydala się powstały tam skrzep. G. radzi w tych przypadkach, gdzie zakrzep sięga ku dołowi aż do żyły jarzmowej wewnętrznej, w każdym przypadku odsłaniać opuszkę (bulbus) jej, by także i z tego miejsca skrzep dokładnie usunąć. G. łączy w tym celu cięcie, jakie robi po za uchem dla trepanacyi lub doszczętnej operacyi, z cięciem, jakie robimy w celu podwiązania żyły jarzmowej wewnętrznej; wycina następnie koniec wyrostka sutkowego i dochodzi na tępo, posuwając się po podstawie czaszki, do zewnętrznego brzegu otworu jarzmowego; pozostaje tylko wtedy zapomocą nożyc kostnych wyciąć kawałek kości, dzielący zatokę poprzeczną od otworu jarzmowego. Operując w ten sposób, możemy dokładnie wydalić skrzep z zatoki poprzecznej, opuszki i samej żyły jarzmowej; po wydaleniu skrzepu otrzymamy z tych wszystkich części jedną rynienkę. G. podaje trzy przypadki w ten sposób operowane: jeden przypadek skończył się śmiercią, dwa operował z wynikiem dodatnim. W jednym z tych ostatnich przypadków szło o przypadek z ropieniem przewlekłem, gdzie po podwiązaniu żyły jarzmowej wewnętrznej i wypróżnieniu zatoki poprzecznej nadal utrzymywała się wysoka ciepłota i dopiero po dodatkowem odsłonięciu i wypróżnieniu opuszki żyły, wróciła do stanu prawidłowego. Przy pierwszej operacyi podczas wypróżnienia zatoki poprzecznej wypłynęła krew grubym strumieniem od strony zatoki czaszkowej; od strony żyły nie wyszło nic krwi. Okoliczność ta, pomimo że żyła jarzmowa była podwiązana poniżej żyły twarzowej wspólnej i to, że ciepłota utrzymywała się wciąż wysoka, zrodziła przypuszczenie, że w opuszce żyły jarzmowej musi być skrzep.

Drugi przypadek dotyczył chorego z ostrem ropieniem, gdzie wykonano zwykłą trepanacyę z odsłonięciem zatoki poprzecznej, opuszki i podwiązaniem żyły jarzmowej. I ten przypadek skończył się wyzdrowieniem. *Dr. Teofil Zalewski.*

Müller. **Nerwice i operacye na wyrostku sutkowym.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde* 1902, Tom 54). M. podaje historye choroby 10-ciu przypadków, w których prócz cierpienia usznego istniało inne jeszcze cierpienie: w dwóch przypadkach była padaczka, w 1 pląsawica, w 1 histero-epilepsya, w 4-ch histerya, w jednym zaburzenia nerwowe podczas miesiączkowania i w 1 stwardnienie rozsiane. We wszystkich tych przypadkach po trepanacyi wyrostka sutkowego, względnie po operacyi doszczętnej, nastąpiło przynajmniej chwilowe polepszenie, a w przypadku pląsawicy nawet zupełne wyleczenie; tak samo w przypadkach histeryi przypadłości ustały; nie można jednak mówić o wyleczeniu, gdyż czas spostrzegania był za krótki. Nawet w stwardnieniu rozsianem nastąpiła chwilowa znaczna poprawa. Odrzucając możliwość poprawy w tych przypadkach na drodze odruchowej, przyjmuje autor jako główną przyczynę poprawy możliwość działania operacyi na sam mózg, względnie ośrodki mózgowe. M. wylicza trzy punkty, które mogłyby w tych przypadkach spowodować poprawę: 1) uśpienie i wstrząs operacyjny, 2) utrata krwi, 3) wpływ leczenia następowego po operacyi. Dwa pierwsze mogą wpłynąć bezpośrednio na ośrodki nerwowe; utrata zaś krwi podczas operacyi i leczenie następowe pośrednio przez zmiany w odżywieniu. Utrata krwi może spowodować zmniejszenie krwi w mózgu, w częściach sąsiadujących z miejscem operacyi; tamponowanie zaś rany według autora może sprowadzić to, że prąd limfy zmieni się i zamiast iść w kierunku do czaszki, skieruje się na zewnątrz, t. j. od czaszki, tamponowanie więc rany po operacyi działać może niejako jak drenowanie czaszki, szczególnie w tych przypadkach, gdzie czaszka została otwarta. Taki zmieniony kierunek prądu soków odżywczych może przyczynić się do zmiany warunków odżywienia mózgu. M. przemawia za robieniem więcej doświadczeń dla przekonania się, czy nie dałoby się w wielu przypadkach nerwic leczyć operacyjnie. Ze swoich przypadków autor wysnuwa wniosek, że nerwice nietylko nie są przeciwwskazaniem do operacyj na wyrostku sutkowym, lecz przeciwnie tembardziej może być jeszcze zalecaną ta operacya, jeżeli jest wskazaną ze względu na chorobę uszną. *Dr. Teofil Zalewski.*

Stenger. **Przyczynek do nauki o zakrzepie opuszki żyły szyjnej wewnętrznej.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 54). Autor przemawia za odsłonięciem i otwarciem opuszki żyły szyjnej w tych przypadkach ropienia ucha środkowego, w których pomimo objawów klinicznych zakrzepu nie znajdujemy zmian w zatoce poprzecznej. S. podnosi, że wcześniejsze otwarcie tej części żyły uczyni nieraz zbędnem podwiązanie samej żyły. Autor badał stosunek przebiegu zatoki poprzecznej, z większem lub mniejszem wykształceniem samej opuszki. Jeżeli zatoka poprzeczna ma przebieg prosty, to nie przychodzi prawie do żadnego wykształcenia opuszki; im przebieg więcej kręty ma zatoka poprzeczna, t. j. im więcej w przebiegu swym zbliża się do zewnętrznego przebiegu usznego, tem więcej wykształca się opuszka i tem więcej kątowatom jest samo przejście między zatoką a żyłą. W przypadkach pierwszych dno jamy bębenkowej jest płaskie i grube, w przypadkach drugich dno jamy bębenkowej wpukla się do jamy bębenkowej nieraz bardzo znacznie i jest nieraz tak cienkie, że okazuje miejscami ubytki. Przypadki znacznego wykształcenia opuszki przedstawiają korzystne warunki do wytwarzania się skrzepów, a prócz tego i zakażenie skrzepów jest łatwiejsze, choćby ze względu na bliskość jamy bębenkowej, w której istnieje ropienie. *Dr. Teofil Zalewski.*

Ephraim. **Przyczynek do nauki o mechanizmie rozrastania się żółciołojaków.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*, Tom 54). Autor zwraca się przeciw twierdzeniu, jakoby żółciołojak niszczył kość wskutek ucisku, jaki na kość wywiera; twierdzi on, że zamało dotąd zwrócono uwagi na badania Kirchnera, który dowiódł, że żółciołojak wprost wrasta do kanalików kostnych i niszcząc naczynia, wywołuje zanik kości. E. przytacza przypadek żółciołojaka, gdzie po operacyi i zupełnem opróżnieniu jamy, jama ta wciąż się powiększała, a o ucisku w tym przypadku trudno mówić, bo jama była otwarta. W tym przypadku powiększenie się jamy objaśnia sobie E. w ten sposób, że kość zanikała wskutek wrastania żółciołojaka do kanalików kostnych. *Dr. Teofil Zalewski.*

Gradenigo. **O wypróżnieniu jamy bębenkowej w celach poprawienia słuchu.** (*Archiv f. Ohrenheilkunde*. Tom 54 i 55). Autor zwraca uwagę, że nie uzasadniony jest pesymizm, w jaki popadła większość otyatrów co do wartości zabiegów w jamie bębenkowej, podejmowanych w celu poprawienia słuchu. Warunkiem niezbędnym dla otrzymania dobrego wyniku jest dobry stan ucha wewnętrznego; w tych przypadkach, gdzie ucho wewnętrzne okazuje znaczniejsze zmiany, niema widoków na trwałą poprawę słuchu po jakichkolwiek zabiegach w jamie bębenkowej. Autor zwraca uwagę także na to, że wiele złych wyników ma swoją przyczynę w zaburzeniach w czasie leczenia pooperacyjnego: im mniejszy jest odczyn po zabiegu w jamie bębenkowej, tem lepszy jest wynik ostateczny. Przyznając, że najgorsze wyniki daje stwardnienie (*sclerosis*) uszne i stany jemu pokrewne, podnosi, że w tych przypadkach nieraz daje się osiągnąć polepszenie słuchu. Najlepsze wyniki daje ropne przewlekłe zapalenie ucha środkowego i pozostałości po nim; także w pozostałościach po zapaleniu nieżytowem ucha środkowego, które swą przyczynę ma w przebytem zapaleniem ropnem ucha, wyniki są dobre. Autor wyjmuje razem z bębenkiem, młoteczkiem i kowadełkiem także i strzemiączko w tych przypadkach, gdzie je dosięgnąć można. W jednym przypadku zapalenia nieżytowego ucha środkowego, które pozostało po zapaleniu ropnem, wyjął z jednej strony prawie całe strzemiączko wraz z innemi kosteczkami i bębenkiem, pozostała tylko tylna mała część płytki, a z dru-

giej strony pozostała przy tej samej operacyi płytka strzemiączka; po obydwóch stronach osiągnięto znaczną trwałą poprawę słuchu, która wynosiła dla mowy głośnej z 0·20 metrów na 5 metrów, dla mowy cichej z 0·05 na 0·5 metrów. *Dr. Teofil Zalewski.*

Dr. A. Sticker. **O raku u zwierząt.** (*Archiv Langenbecka* 1902, T. 65, Z. III, IV). Praca ta dzieli się na trzy części: w dwóch pierwszych nagromadza S. materyał statystyczny, zawierający bardzo wiele nieraz interesujących szczegółów, z których w części ostatniej wyciąga pewne ogólniejsze wnioski.

Rak u zwierząt wcale nierzadki, nagabuje z pewnem upodobaniem pewne narządy, niemal zawsze inne, niż u człowieka. Podczas gdy u człowieka macica, żołądek, sutki i skóra bywają najczęstszą siedzibą raka, to u koni na pierwszem miejscu wymienić należy prącie (zwłaszcza u wałachów), na drugiem jamę nosową i zatoki boczne, na trzeciem nerkę i t. d. Inaczej rzecz znów się przedstawia u bydła rogatego, u którego macica zajmuje naczelne miejsce w szeregu systematycznym, drugie: nerki, trzecie: pęcherz i t. d. U psa przedewszystkiem znajdujemy raka w sutkach i na skórze, a kotów głównie na skórze. U świń zdaje się, że nerki są najbardziej skłonne do zwyrodnienia rakowatego.

Jak w patologii człowieka, tak i u wymienionych zwierząt przerzuty sadowią się z reguły w gruczołach chłonnych i w wątrobie. Do nadzwyczajnych przypadków zalicza się przerzuty w kościach, a dotychczas nie zanotowano przypadku na pewne rozpoznanego raka następowego mózgu.

Jak u ludzi, tak i u zwierząt stwierdzamy raka najczęściej w tym okresie życia, który średnim nazwać można.

Ciekawem i na uwagę zasługującem jest w końcu zestawienie, wykazujące, że rak części płciowych nierównie częściej spostrzega się u zwierząt, niż u ludzi.

	mężkich	żeńskich
Rak narządów płciowych:		
człowiek	5%	33%
koń	41·6%	18·7%
bydło rogate	27%	58%
pies	63·4%	3·8%

Sticker jest wyznawcą teoryi o pasorzytniczem pochodzeniu raka. *Herman.*

Sposób rozpoznawania obecności ropy, a w szczególności ropienia w narządach, zawartych w miednicy, zapomocą liczenia ciałek białych. (*Semaine médicale* 1902, Nr. 16). Sprawę tę wielkiej praktycznej doniosłości poruszył pierwszy prof. Curschmann z Lipska. Przeprowadziwszy w przeciągu 2½ lat badania na 60 chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego, doszedł do wniosku, że liczenie ciałek białych stanowi łatwy i bardzo pewny sposób wykrycia ropienia. W przypadkach zapalenia nieropnego liczba ciałek białych w początkach choroby nieznacznie się podnosi, poczem opada do normy. Początkowe podwyższenie liczby ciałek białych do 25.000 na mm. sześc. (ilość prawidłowa 8—10.000) już budzi podejrzenie co do ropienia; gdy utrzymuje się przez czas dłuższy, obecność ropnia jest prawie pewna. Zabieg operacyjny zawsze potwierdził to rozpoznanie. Po wypuszczeniu ropy ilość ciałek białych spada do prawidłowej; w przeciwnym razie mamy do czynienia z zatrzymaniem ropy, lub obecnością innych ognisk. Również opada liczba ciałek białych w razie samoistnego przebicia ropy jakąkolwiek drogą na zewnątrz. Wskazówki, jakie nam daje ten sposób rozpoznawczy, są według Curschmanna o wiele pewniejsze i dokładniejsze, niż mierzenie ciepłoty.

Asystent prof. Martina, Dr. Dützmann z Greifswald przekonał się na szeregu badanych przypadków, że metoda Curschmanna ma pełne zastosowanie w cierpieniach narządów rodnych kobiecych. W wielu przypadkach ciepłota była prawidłowa, lub nawet niższa, jedynie zwiększenie ilości ciałek białych budziło podejrzenie ropienia; zabieg operacyjny podejrzenie to zawsze potwierdził. Odwrotnie przy prawidłowej liczbie ciałek białych nigdy przy zabiegu operacyjnym nie znaleziono ropy.

Liczenie ciałek białych należy dokonywać zawsze o tych samych godzinach, aby uniknąć błędów wskutek wahań, jakim ulega ich ilość o różnych porach dnia. Postępowanie samo jest łatwe i może być nawet w prywatnej praktyce stosowane. *Dr. T. Żeleński.*

Docent Mojsiejew. **Przyczynek do patologicznej anatomii pierwotnych ropówkowych zapaleń jelita** (*enteritis phlegmonosa*) **pochodzenia łańcuszkowcowego.** (*Bolnicznaja Gazeta Botkina* 1902, Nr. 4 i 5). Na podstawie czterech przypadków ropówkowego zapalenia jelit, zakończonych śmiercią w różnych okresach sprawy chorobowej, przychodzi M. do wniosków następujących: 1) zapalenie ropówkowe jelit może powstać w następstwie ostrego zapalenia nieżytowego, wywołanego przez pierwiastki zakaźne w błonie podśluzowej, bez widocznych zmian makroskopowych w błonie śluzowej; wybroczyny krwi i obumarcie błony śluzowej nad zajętemi ogniskami mogą sprowadzić owrzodzenia następowe błony śluzowej; badanie drobnowidowe wykrywa, oprócz podobnych zmian następowych i pierwotne obumarcia błony śluzowej, zwłaszcza nad kępkami Peyera i gruczołami torebkowymi; 2) początkowo zapalenie ropówkowe jelit ma cechy zapalenia naczyń chłonnych (*lymphangoitis*); zapaleniu towarzyszy obrzmienie tkanki łącznej w ścianie jelita, przechodzące następnie w nacieczenie ropne; zmiany te najwybitniej występują w błonie podśluzowej i mięśniowej; 3) ropówkowe zapalenie jelit wikła się bardzo wcześnie z ropnem zapaleniem otrzewnej wskutek szybkiego zatkania dróg chłonnych i zastoju limfy zakażonej; ropne zapalenie otrzewnej może nastąpić nawet wtenczas, gdy niema jeszcze ropnego nacieku ścian jelita; natężenie więc sprawy zapalnej jelita nie zawsze odpowiada stanowi otrzewnej; 4) we wszystkich przypadkach autora ropówkowe zapalenie jelita powstawało przez zakażenie łańcuszkowe o cechach, przypominających łańcuszkowce ropotwórcze. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Cypkin. **Wymioty krwawe w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Medicinskoje Obozrenije* 1902, Nr. 2). Krwawe wymioty w zapaleniu wyrostka robaczkowego zwróciły na siebie uwagę dopiero w ostatnich paru latach, zwłaszcza dzięki pracom Dieulafoy, który ogłosił w roku 1901 sześć podobnych przypadków. W przypadkach tych, jak również i w pięciu ogłoszonych wcześniej przez Guyota, Carlesa, Kirmissona i Charlotta, wymioty krwawe wystąpiły nagle, wkrótce po dokonanej operacyi na wyrostku robaczkowym, doprowadzając szybko do zejścia śmiertelnego, z wyjątkiem tylko jednego przypadku; badanie zwłok było dokonane jedynie w przypadkach Charlota, Guyota i Carlesa; wykazało ono drobne wybroczyny w błonie śluzowej żołądka. Przypadek Cypkina różni się od poprzednich pod wielu względami, mianowicie: 1) wymioty krwawe wystąpiły, pomimo że operacya dokonaną nie była; 2) wymioty powtarzały się wielokrotnie w ciągu dłuższego czasu; 3) na sekcyi w żołądku i w jelitach nie wykryto żadnych zmian oprócz zapalenia przedziurawionego wyrostka robaczkowego; okoliczność ta przemawia za tem, że w przypadku autora krwawienie było miąższowe, opisane pierwotnie przez Ewalda (nie zaś Reicharda, jak mylnie twierdzi autor. *Sprawozdawca*). *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Kedrowski. **Próba zakażenia królików sztuczną hodowlą lasecznika trądu.** (*Wraczebnaja Gazeta* 1902, Nr. 9). K. szczepił królikom hodowlę laseecznika trądu, otrzymaną z człowieka trędowatego. Przy szczepieniu wewnątrzczaszkowem królik początkowo miał wejrzenie ciężko chorego, następnie zaś szybko wracał do zdrowia. W doświadczeniach ze szczepieniem wewnątrzotrzewnowem szybko występował niedowład, następnie zaś porażenie kończyn tylnych i zaburzenia w narządach miednicy. Przy sekcyi królików zabitych stwierdzono w przydatku jelita ślepego twory, przypominające gruzełki; podobny gruzełek odnaleziono i w nerce lewej; opona miękka rdzenia była zgrubiałą; w jelitach najwięcej zmian przedstawiało utkanie torebek; zmiany te przypominały gruźlicze, cechowała je bowiem obecność rozpadu serowatego i komórki nabłonkowe, komórek olbrzymich jednak nie wykryto; w wątrobie były lepromy, przypominające podobneż twory u człowieka. Przy szczepieniach ze krwi na pożywki otrzymano hodowlę drobnoustroju, przypominającego laseecznik trądu, pozbawionego jednak odporności względem kwasów: metoda Ziel-Neelsena barwiła go na błękitno, nie zaś na czerwono, jak to jest z rzeczywistym laseecznikiem trądu; w ponownych hodowlach ze krwi, wątroby i szpiku kostnego otrzymano atoli i laseeczniki odporne na kwasy. K. zaznacza wreszcie, że pierwiastek trądu wyróżnia się zmiennością kształtu (formy laseecznikowe i rozgałęziające się); cechuje go również zdolność wyrabiania barwników (szarego, żółtego i innych). *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Herbert Spencer. **Przypadek cięcia cesarskiego, wykonanego po raz trzeci u tej samej chorej przy użyciu miejscowego znieczulenia.** (*The Journal of obsterics and gynaecology of the British Empire.* Luty, 1902, Zeszyt 1, Nr. 2). U 27-letniej karlicy z *conj. vera* 6½ ctm., u której autor wykonał po dwakroć cięcie cesarskie, ukończono trzeci poród również w taki sam sposób. Po miejscowem znieczuleniu roztworem eukainy Schleicha otworzono powłoki brzuszne na przestrzeni 15 ctm. podłużnem cięciem, przechodzącem w miejscu dawnej podłużnej blizny; macicę również przecięto podłużnie w starej bliźnie, przyczem nadcięto lekko łożysko, przyklejone do bocznej przedniej ściany. Po wydobyciu płodu, ważącego przeszło 3000 grm. i łożyska wraz z błonami, zaszyto macicę szwem dwupiętrowym, a jamę brzuszną również szwem podwójnym.

Autor zaleca otwierać macicę cięciem podłużnem, a nie po-

przecznem Fritscha. Co się zaś tyczy samego cięcia cesarskiego, to daje pierwszeństwo cięciu zachowawczemu w przypadkach, gdzie mamy do czynienia jedynie ze znacznem ścieśnieniem miednicy, nadających się wogóle do tego rodzaju postępowania, nie powikłanych żadnemi innemi, poważniejszemi zmianami chorobowemi; zwalcza zatem energicznie doszczętny sposób operowania z wycięciem jajników, trąbek, zaszyciem trąbek, lub amputacyą macicy sposobem Porro.

Miejscowe znieczulenie oddaje według autora dobre usługi w pierwszej części operacyi, t. j. aż do chwili wydobycia płodu, który nie tak łatwo omdlewa; w drugiej natomiast części niekiedy z powodu bolesności podczas szycia, zwłaszcza powięzi, wypada przystąpić do ogólnego znieczulenia. *Grzybowski.*

Mering. **O wpływie położenia ciała na czynność ruchową żołądka.** (*Die Therapie der Gegenwart* Nr. V, 1902). Dla wypróbowania wpływu różnych położeń ciała na czynność ruchową żołądka przedsięwziął A. Ogarkow (w klinice lekarskiej w Hali) pod okiem autora 30 doświadczeń na własnym żołądku, które polegały na tem, że w godzinę po spożyciu śniadania próbnego wypróżniono żołądek i porównano ze sobą resztki nie przeszłe jeszcze do jelit. Natychmiast po spożyciu śniadania próbnego zajął O. pewne oznaczone położenie, w którem pozostał przez całą godzinę. Doświadczenia odbywały się w przerwach kilkudniowych, zawsze o godzinie ½ 9 przedpołudniem i odnosiły się do położenia siedzącego, stojącego, leżącego na boku prawym, lub na lewym, do łożenia poziomego na plecach lub na brzuchu, oraz do wolnego chodzenia i biegania. Na podstawie tych doświadczeń doszedł M. do następujących wyników: wypróżnienie żołądka odbywa się najszybciej w położeniu na boku prawym i przy szybkiem chodzeniu; podczas spania, siedzenia, leżenia na boku lewym i wolnego chodzenia, warunki dla opróżnienia się żołądka są mniej korzystne i między sobą prawie równe; położenie na brzuchu lub na grzbiecie są pod względem ruchomości żołądka w pośrodku. Wobec patologicznych zmian żołądka będzie zatem zupełnie rzeczą racyonalną zalecenie lecznicze położenia na boku prawym, przy którem odźwiernik żołądka tworzy najniższy punkt narządu tak, że wypróżnienie treści żołądkowej do jelita cienkiego łatwiej się odbywa. *Dr. Fels.*

Dr. Tischer. **Metrogliceryna jako lek nietrujący, mogący zastąpić sporysz.** (*Monatsschrift f. Geb. und Gynäc.* Tom 15, uzupełniający 1902). Jest to preparat, który zastosowany miejscowo, działa podobnie jak sporysz, a o tyle od niego lepszy, że podczas gdy sporysz czasem niema żadnego, lub tylko słaby skutek, metrogliceryna działa zawsze pewnie i niezawodnie; sporysz wywołuje skurcze macicy nieraz zbyt silne, tężcowe, dlatego nie zawsze wolno go zastosować, metrogliceryna naśladuje znakomicie bóle porodowe, wreszcie metrogliceryna ma także działanie tamujące przy krwotokach wskutek obecności żelatyny. Preparat ten wyrabia się i sprzedaje jako 10% jałowa metrogliceryna. Zastosowuje się ją w postaci wstrzykiwań wśródmacicznych w ilości 50 ctm. przy poronieniach i porodach przedwczesnych, a 100 ctm. przy porodach czasowych. Wprowadza się cewnik (Nr. 9) elastyczny z mandryną do macicy, następnie wyciąga się mandrynę i wstrzykuje metroglicerynę. Używa się jej: 1) w krwotokach macicznych i poronieniach, lub przedwczesnych porodach; 2) do wywołania bólów porodowych w celu szybkiego ukończenia porodu; 3) przy zatrzymaniu łożyska w połączeniu z krwotokiem; 4) w krwotokach atonicznych; 5) w celu sztucznego wywołania poronienia, lub porodu przedwczesnego.

Dr. E. Ehrenpreis.

Stanisław Trzebiński. **O operacyjnem leczeniu obrzęków przy „hydrops anasarca".** (*Księga jubileuszowa T. Dunina*). Gdy w niedomodze sercowej żadne już przetwory ulgi choremu nie przynoszą, można uciec się do operacyjnego usunięcia obrzęków, co znanem już było w starożytności. Zabieg taki przynosi czasem trwalszą ulgę, gdyż po usunięciu części płynu ustroju, krążenie się wyrównuje i oddawanie moczu się wzmaga, przyczem poprawa może rozciągać się nawet na parę miesięcy. Zabieg taki można wykonać albo nożem, względnie skaryfikatorem, albo trójgrańcem. Autor na podstawie zebranego materyału (125 przypadków) pierwszeństwo oddaje sączkowaniu, które nie tak często wikła się z zakażeniem, jak nacięcie, i jest mniej bolesne i mniej kłopotliwe.

Z. Czaplicki.

VI Zapiski lecznicze i nowe leki.

W niedokrewności i bladaczce stosował Dr. Metall (*Med. chir. Centrbl. 1901. 1.*) **Liquor mangano ferri peptonati Gude** i zauważył doskonałe działanie tego leku. Przetwór ten ma tę wielką zaletę, że stosowany nawet przez dłuższy czas nie rozwija żadnego działania ubocznego. Zapatrywania swoje opiera autor na spostrzeganiu większej liczby przypadków niedokrewności ostrej i przewlekłej, błednicy i t. d., których historye chorób przytacza. Podawał dorosłym po łyżce 3 razy dziennie po jedzeniu, dzieciom 2 razy po łyżeczce. *R.*

Lecithinum (Ovolecithinum) (*E. Merck Bericht über das Jahr* 1901). Lecytyna ma działać według Vacherona (*Echo medical de Lyon*, 1901, 15 kwiecień) przez dowóz fosforu do ustroju, a prócz tego przez pobudzanie żywotności tkanek. Jest to ulubiony środek lekarzy francuskich; stosują go w neurastenii i w rozmaitych cierpieniach układu nerwowego; dalej w gruźlicy, w moczówce cukrowej i w innych zboczeniach, dotyczących przemiany materyi. Hartenberg (*Revue ther. med. chir.* 1901 Nr. 18.) utrzymuje, że stosując podskórnie lecytynę, osiągnął poprawę w wiądzie rdzenia, porażeniu postępowem, histeryi i rozmaitych psychozach. Inni autorowie zalecają ją we wszystkich cierpieniach, w których wydzielanie fosforu w moczu jest wzmożone; a zatem w moczówce cukrowej, fosfaturyi, różnorodnych cierpieniach mózgu i rdzenia, rozpoczynającej się gruźlicy, rozmiękczeniu kości, krzywicy, neurastenii. Lecytyna działa równie dobrze stosowana podskórnie i wewnętrznie. Średnia dawka wewnętrzna wynosi 0.2—0.3 grm. dziennie; podskórnie (w razie równoczesnego cierpienia żołądka lub kiszek, albo jeżeli chcemy osiągnąć szybkie działanie) 0.05—0.15 na dawkę co drugi dzień. Zapisywać najlepiej według następującego wzoru:

1) Rp. *Lecithini 5.0, Radicis Altheae pulv. et spiritus vini vel glycerini qu. s. ut fiant pillulae Nr. 50 consp. lycop. S. 3 razy dziennie po 1 pig. przed jedzeniem.*

2) Rp. *Lecithini 0.5, Olei oliv. spiritu vini lavati et sterilisati 10.0 S. Co drugi dzień 1—3 ctm. wstrzyknąć.*

3) Rp. *Lecithini 0.1—0.5, Butyri Cacao 2.0—3.0 mfi. a. supp. S. 1 czopek dziennie.*

Oprócz tego znajdują się w handlu gotowe tabletki lecytynowe. Cena tego środka jest dziś bardzo wysoka. *Dr. T. Ż.*

Dioninum (*E. Merck, Bericht über das Jahr* 1901) W ciągu ubiegłego roku liczni autorowie zalecają dioninę, jako najlepszy środek zastępujący morfinę w chorobach dróg oddechowych. Główną zaletą dioniny jest jej własność uśmierzania kaszlu, obok równoczesnego ułatwienia wykrztuszania. W praktyce dziecięcej oddaje dionina — według świadectwa Gottschalka i Schmidta — dobre usługi w krztuścu: napady kaszlu kurczowego stają się łagodniejsze i rzadsze. Według Schmidta dionina ma skracać czas trwania krztuśca; Gottschalk jednak odmawia jej wszelkiego wpływu w tym kierunku. Dawkowanie: dzieciom do końca 1 roku ½ mgr. na dawkę (0.01: 100.0 co 3 godziny łyżeczkę); w 2 roku życia 1 mgr. i t. d. W razie gdyby występowało znużenie i senność, należy dawki zmniejszyć. Jako *vehiculum* można również używać *emulsio oleosogummosa* z dodatkiem 2—3 gr. kreosotalu i 1—2 kropel *ol. menth. pip.* Močwski stosował dioninę w praktyce psychiatrycznej, zwłaszcza w celu obniżenia chorobliwie wzmożonego popędu płciowego. Dawka 0.04—0.05 podskórnie. Dobre usługi ma oddawać dionina w leczeniu nałogowych morfinistów, w dawce 0.15 cztery razy dziennie, obok równoczesnych wstrzykiwań podskórnych czystej wody dla hipnotycznego wpływu na chorego.

Okuliści zalecają dioninę w chorobach rogówki z wyjątkiem tych, które powstały na tle cierpień spojówki; dalej w chorobach tęczówki i ciałka rzęskowego i w jaskrze krwotocznej. Darier poleca następujące sposoby stosowania: 1) Rp. *Dionini 0.5 Aqu. dest. 1.0 ds. do zakraplania po poprzedniej kokainizacyi.* 2) Rp. *Dionini 0.1 Cocaini hydrochl. 0.1 Atropini sulfurici 0.02—0.05 Aqu. dest. 10.0.* (przy zapaleniu tęczówki i ciałka rzęskowego). Cena 0.01 gr. = 4 halerze. *Dr. T. Ż.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydział lekarski Towarzystwa Dobroczynności w Petersburgu.

I. ogólne posiedzenie w dniu 8 kwietnia 1902.

Przewodniczący dr. Strawiński.

Obecnych członków 31, gości 5.

I. Po przyjęciu protokołu z ogólnego posiedzenia w d. 8 stycznia b. r. i z posiedzenia dorocznego w d. 3 marca, zawiadamia przewodniczący, że dr. Krajewski wskutek ważnej przeszkody zmuszony jest cofnąć zapowiedziany odczyt; — następnie udziela głosu drowi Orłowskiemu.

II. Witold Orłowski wygłasza rzecz p.t. »Przypadek niezwykłego połączenia tętnicy głównej z tętnicą płucną«

(Rozprawa ta została ogłoszoną w numerach 21, 22 i 23 »Przeglądu lekarskiego«).

W dyskusyi zabiera głos dr. Łukowski. Według niego obrzmienie śledziony, krwotoczne zapalenie nerek i ropne zapalenie opon mózgowych mogło już za życia chorej naprowadzić na podejrzenie usadowienia się sprawy wrzodzącej we wsierdziu, w lewej połowie serca, mianowicie na zastawkach półksiężycowych tętnicy głównej; usadowienie bowiem podobnej sprawy na zastawkach tętnicy płucnej zdradza się przedewszystkiem sprawami zatorowemi w płucach, nie zaś w krążeniu dużem.

W odpowiedzi prelegent zaznacza, że sprawy zatorowe istotnie zdarzają się częściej w razie zajęcia zastawek tętnicy głównej, lecz w omawianym przypadku sprawy, na które wskazuje kol. Łukowski, wcale nie pochodziły z zatorów, lecz były wyrazem ogólnego zakażenia ustroju, zatem gnilne. Dla uznania wrzodziejącego zapalenia zastawek tętnicy głównej nie było za życia dostatecznych wskazówek: przerost lewej komórki serca mało się zaznaczał, a szmer rozkurczowy nad tętnicą główną był bardzo słaby i wskutek wzmożenia w kierunku ku tętnicy płucnej był uważany za udzielony.

Dr. Wierciński wskazuje na trudności rozpoznawcze w przypadku prelegenta i przytacza spostrzegany przez siebie w szpitalu Obuchowskim przypadek tętniaka tętnicy głównej, który przeżarł ścianę przełyku aż do błony mięsnej, a następowo utorował sobie rzekomą drogę ku dołowi; przez utworzony w ten sposób przewód krew przedostawała się do żołądka, wywołując uporczywe wymioty krwawe, wśród których chory szybko zakończył życie; rozpoznanie intra vitam głosiło wrzód okrągły żołądka: na sekcyi znaleziono wyżej przytoczone zmiany.

Dr. St. Ostrowski zapytuje prelegenta, ile zostało opisanych w piśmiennictwie przypadków niezarośnięcia przewodu tętniczego, zwłaszcza w wieku dziecięcym?

W odpowiedzi W. Orłowski zaznacza, że piśmiennictwo dotyczące sprawy omawianej w wieku dziecięcym jest zebrane w pracy Lisenki, ogłoszonej w »Kliniczeskom Żurnale« z r. 1900; u dorosłych niezarośnięcie przewodu tętniczego zdarza się znacznie rzadziej.

Przewodniczący, dr. Strawiński dziękuje prelegentowi za wygłoszony odczyt.

III. Dr. Zenon Orłowski miał odczyt »O rzadkiem powikłaniu duru brzusznego«. (Praca przeznaczona do druku).

W dyskusyi dr. Witold Orłowski podnosi kilka pouczających szczegółów w przebiegu omawianego przypadku. Przedewszystkiem utworzenie się zakrzepu w lewej połowie serca w stanach gorączkowych należy do spraw rzadkich; daleko częściej spostrzegamy zakrzepy w wrzodziejącem zapaleniu wsierdzia, zatem w tych razach, gdy występują zmiany chorobowe w śródbłonku wsierdzia. W przypadku prelegenta zakrzep w sercu utworzył się we wczesnym okresie duru brzusznego, mianowicie nie później, niż na 14-ty dzień choroby; to jest rzeczą również niezwykłą. Należy więc przypuszczać, że oprócz osłabienia czynności serca i tu wystąpiły już zmiany w śródbłonku, które sprzyjały powstaniu zakrzepu. Wązkość tętnicy głównej i możliwe zmiany w warstwie wewnętrznej w dolnej części tętnicy głównej, u miejsca jej podziału na tętnice biodrowe, sprzyjały w tym przypadku niezwykłemu zatorowi tej tętnicy. Rozpoznanie zatoru nie przedstawia zwykle żadnych trudności; można nawet ściśle oznaczyć siedzibę zatoru w tętnicy brzusznej. Mianowicie w razie zatoru tętnicy u miejsca jej podziału na tętnice biodrowe występują te objawy, które spostrzegał prelegent, zatem brak tętna w tętnicach udowych i niżej położonych, silne bóle w dolnych częściach brzucha i dolnych kończynach, niedowład kończyn i obniżenie czucia, przeważnie na stopach i goleniach; w razie zaś zatoru tętnicy brzusznej w górnej jej części dołącza się do tych objawów brak odruchów ścięgnistych (wskutek niedokrewności rdzenia kręgowego), obustronne porażenie kończyn dolnych w jednakowym stopniu na całej ich przestrzeni i wreszcie objawy ze strony pęcherza moczowego i odbytnicy.

Dr. Stefan Rudzki zapytuje prelegenta, ile czasu żył chory po utworzeniu się zatoru i czy wystąpiła zgorzel kończyn?

W odpowiedzi prelegent Z. Orłowski wyjaśnia, że od wystąpienia objawów zatorowych do zejścia śmiertelnego przeszło około 80 godzin; wskutek utworzenia się krążenia ubocznego do zgorzeli nie przyszło.

Dr. St. Rudzki przypomina spostrzegany przez siebie przypadek zakrzepu w lewej komórce serca u chorej na zapalenie nerek; tu również wystąpiły bóle w dolnej części brzucha; krwawy mocz wskazywał na zatkanie naczyń nerkowych; chora żyła przeszło tydzień, zakrzep w sercu był wielkości paru orzechów.

Dr. Wierciński sądzi, że zakrzepy w sercu nie są zjawiskiem rzadkiem; występują one zawsze w razie powolnego konania. Utworzenie się zakrzepu w końcu 2-go tygodnia dr. Wierciński uważa za zupełnie odpowiadające zwykłemu stanowi rzeczy.

W odpowiedzi prelegent wyjaśnia, że w jego przypadku mowa nie o zakrzepach, powstających podczas konania, lub po śmierci, lecz o zakrzepie, powstałym za życia; podobne zakrzepy należą do zjawisk rzadkich.

Dr. Witold Orłowski podnosi raz jeszcze rzadkość zakrzepów powstających w sercu za życia; w ciągu ostatnich 5 lat przy ogromnym materyale I-szej kliniki wewnętrznej w wojskowo lekarskiej Akademii, przypadek, opisany przez prelegenta, jest jedynym. Podobne zakrzepy są objawem zwykłym jedynie w schorzeniach wsierdzia. Co do czasu powstania zakrzepów w przebiegu duru brzusznego, to wbrew zdaniu dra Wiercińskiego, dr. W. Orłowski twierdzi, że zakrzepy należą do spraw, występujących w późniejszym okresie duru, kiedy czynność serca jest już znacznie osłabioną i występują zmiany we wsierdziu i naczyniach krwionośnych. To też klinicyści (Griesinger i inni) zaliczają zakrzepy do spraw następowych duru brzusznego. Stosunkowo częściej zakrzepy występują w żyłach (t. zw. marantyczne); zdarzają się one również w późniejszych okresach choroby.

Dr. St. Rudzki spostrzegał 2 przypadki zakrzepów w durze brzusznym: w jednym zakrzep wystąpił w połowie 4-ego tygodnia, w drugim w końcu 4-ego, w obydwóch razach przy względnie dobrem ogólnem samopoczuciu.

Prezes dr Strawiński wskazuje na zatory w żyłach u położnic, powstające wskutek osłabienia czynności serca i wyraża prelegentowi podziękowanie za jego zajmujący odczyt.

Na tem posiedzenie naukowe zakończono. Po 10 minutowej przerwie nastąpiło posiedzenie administracyjne. *Witold Orłowski.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 17 lipca.

* Posiedzenie Delegacyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich odbyło się dnia 12 lipca. Głównym przedmiotem obrad było dalsze wykonywanie tych uchwał IX-go Zjazdu, które jeszcze nie zostały załatwione. Przyszły (X-ty) Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się r. 1904 we Lwowie; prezesem Komitetu gospodarczego wybrany został prof. Machek, jego zastępcą (po zrzeczeniu się prof. Zubera) prof. Zakrzewski.

* XII-ty Zjazd chirurgów polskich zgromadził jeszcze większą liczbę uczestników, niż to miało miejsce na Zjazdach poprzednich, a z tym liczebnym przyrostem członków zwiększyła się proporcyonalnie i liczba odczytów, których zgłoszono do 60. Rzecz oczywista, że pomimo całodziennej pracy, dwa dni nie wystarczyły na wyczerpaniu porządku dziennego, i przyszło się rozszerzyć czas posiedzeń i na połowę dnia trzeciego, co też Zgromadzenie uchwaliło. Prezesem Zjazdu był, jak lat poprzednich, założyciel tej instytucyi, prof. Rydygier; wiceprezesem prof. Kader; sekretarzem doc. Bossowski; skarbnikiem prof. Trzebicky. Wskutek podania prof. Rydygiera austryackie ministeryum wojny przyzwoliło na udział lekarzy wojskowych w obradach Zjazdu, co przewodniczący podniósł z wdzięcznością.

Sekretarz doc. Bossowski wydał »Pamiętnik XI-go Zjazdu«, obejmujący przeszło 13 arkuszy dość wielkiej ósemki. W swoim czasie zdaliśmy sprawę z doniosłości naukowej rozpraw tego Zjazdu; dziś więc tylko podnosimy nader staranną redakcyę i zewnętrzne zalety »Pamiętnika«, który wobec umiarkowanej ceny powinien się znaleźć w księgozbiorach lekarzy naszych i to nietylko chirurgów.

* *Z Sejmu.* Na posiedzeniu d. 10 b. m. wniósł poseł Merunowicz rezolucyę, polecającą Wydziałowi krajowemu, by na najbliższej sesyi sejmowej przedłożył wnioski w sprawie emerytury dla lekarzy okręgowych, tudzież zaopatrzenia dla pozostałych po nich wdów i sierót. Przeciw tej rezolucyi wystąpił b. marszałek krajowy, Stanisław Badeni, a to ze względu, jak się wyraził, na nowe obciążenie budżetu. Czyżby hr. Badeniemu nie było znane podanie w tej sprawie lekarzy okręgowych, w którem tak znaczną część pokrycia emerytury biorą

na siebie? czyż byłby mu obcy fakt, uwidoczniony w »Sprawozdaniu c. k. Rady zdrowia«, że od czasu zaprowadzenia instytucyi lekarzy okręgowych (i dzięki im) śmiertelność w kraju się zmniejszyła, a tem samem ocalało wiele istnień dalej pracujących i płacących podatki? Sejm był, jak się okazało, lepiej poinformowany, a pod względem etycznym stokroć sprawiedliwszy i imponującą większością uchwalił rezolucyę posła Merunowicza. Na wynik tego pomyślnego głosowania decydująco oddziałały rzeczowe i przekonywające przemówienia posłów: prof. Marsa i dra Jabłońskiego.

Poseł dr. A. Wurst wybrany został zastępcą członka Wydziału krajowego.

* Dziekan Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze chemii lekarskiej, z płacą roczną 1400 koron. Podania należy wnosić do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 30 września 1902 r.

* Prof. Szkoły położnych w Krakowie, dr. Aleksander Rosner, otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego Uniw. Jagiellońskiego.

* Stopień doktorów wszechnauk lek. w Uniw. lwowskim otrzymali: Eugeniusz Doliński, Bernard Rentschner i Salomon Weinreb.

* Drugim lekarzem miejskim w Jarosławiu wybrany został dr. Salo Rosberger, tamtejszy dentysta.

* Rektorem czeskiego uniwersytetu w Pradze na przyszły rok szkolny wybrany został prof. Horbaczewski.

* Ministeryum sprawiedliwości zarządziło, ażeby płaca dzienna lekarza znawcy wynosiła: dla lekarzy etatowych podług ich rangi; dla wszystkich zaś innych lekarzy, wezwanych w charakterze znawców, podług wymiaru IX-tej rangi, t. j. po 8 koron dziennie.

* Europejska Dunajowa Komisya w Galacu postanowiła zamianować chirurga w szpitalu marynarki w Sulinie. Prócz zwykłych warunków legitymacyjnych wymaganą jest znajomość języka angielskiego i dowody uzdolnienia chirurgicznego. Płaca roczna od 8 do 10 tysięcy franków i mieszkanie. Adres: *Europejska Komisya w Galacu* (Rumunia).

* Konferencya międzynarodowa centralnego zarządu Stowarzyszenia dla walki z gruźlicą odbędzie się w Berlinie od 22 do 26 października b. r.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa — tydzień XXVI (22—28—VI). Ludność średnia roczna wynosi 90,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 11, urodziło się dzieci 58, zmarło osób 53 — mianowicie: z gruźlicy 9 (2 zam.), z zapalenia płuc 7 (2 zam.), z płonicy 2 (2 zam.), z cholery niemowląt 6.

* Między 25—VI, a 1—VII doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gmina), drohobyckim (1 gm.), horodeńskim (3 gm.), jaworowskim (2 gm.), kałuskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), nadworniańskim (1 gm.), peczeniżyńskim (1 gm), podhajeckim (1 gm.) przemyślańskim (1 gm.), skałackim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), tarnopolskim (1 gm), tłumackim (6 gm.), złoczowskim (1 gm).

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 83; w tygodniu przedostatnim 104.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Orszański mianowany został prof. chorób nerwowych i umysłowych w Charkowie. Dr. Cousin mianowany profesorem chirurgii; dr. Delanglade — prof. chirurgicznej patologii; dr. Oddo — prof. wewnętrznej i ogólnej patologii — wszyscy trzej — w Marsylii. Dr. Recasens Gerol mianowany prof. ginekologii w Madrycie. Prof. ginekologii w Gracu Rosthorn otrzymał wezwanie do objęcia katedry w Hejdelbergu.

Nekrologia. Dr. Kiesselbach, prof. otyatryi, zmarł w Erlandze. Dr. Kazimierz Midowicz, urodzony w Galicyi w roku 1858, wychowaniec wszechnicy krak., zmarł w amerykańskiem uzdrowisku Statedine. Po otrzymaniu dyplomu praktykował w Husiatynie, następnie w Tarnowie, a przed kilkunastu laty wyjechał do Chicago, gdzie spędził resztę życia, ceniony przez swoich i obcych. Dr. Ferdynand Skibniewski zmarł w Czerniowcach.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 28. Sokołowski: Czy i w jakim stopniu uraz może być przyczyną powstania suchot płucnych. Żołędziowski: Zwichnięcie prawej kości skokowej. Ciechomski: Przyczynek do leczenia bliznowatych zwężeń przełyku (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 28. Bossowski: O mięsakach pierwotnych wątroby. Bregman i Steinhaus: Przypadek limfosarkomatu śródpiersia, przechodzącego do kanału kręgowego (dok).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 28. Hlava: Leuconostoc hominis a jeho význam při exanthematických nemocech. Teuner: O léčeni tuberkulosy v okresni nemocnici w Benešově u Prahy (dok.). Salmon: Objevuje se spála dva i vicekrát u tehož individua?

— *La Presse médicale* Nr. 54. Chauffard i Gouraud: Nader ostre kiłowe drugorzędne zapalenie nerek z zejściem śmiertelnem pomimo leczenia rtęciowego. Zimmern: Elektryzowanie odbytnicy.

Nr 55. Dieulafoy: Wyczekiwać z operacyą w zapaleniu wyrostka robaczkowego, aż nadejdzie chwila operowania »na zimno«, równa się narażeniu chorego na śmierć. Desfosses: Leczenie czyraków.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 27. Riedel: O minimalnem znieczuleniu przy małych zabiegach chirurgicznych, w szczególności przy wprawianiu kości promieniowej i złamaniu kostek. Morgenroth i Sachs: O uzupełnianiu się amboceptorów. Ascoli i Figari: O nefrolizynie. Liepelt: Porażenie nerwu łokciowego po durze brzusznym. Engelmann: O obustronnych wrodzonych szczątkach chrząstek na szyi. Meyer i Aschoff: O receptorach ciał białkowatych w mleku. Oettingen: Leczenie wrodzonej szpotawości u osesków. (c. d.)

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 27. Eckardt: Odczyn surowiczy Widala w chorobie Weila. Steinert: Kurcz intencyjny narządu mowy, t. zw. »Aphthongie«. Korff: Narkoza morfinowo-skopolaminowa. Albrecht: Fizyologiczna czynność guzów (tumorów). Siebert: O wyprysku świerzbiącym u dzieci. Disselhorst: W sprawie tożsamości gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej. Sack: O naturze gojenia się pod wpływem światła Finsenowskiego tkanki uległej wilkowi, wrzodowi żrącemu i t. d. Wormser: O klinicznem znaczeniu tyłozgięcia ruchomego macicy (dok.). Naumann: Gruźlicaa krtani. Placzek: Uwag o artykule Büdingena: »Przyrząd do mierzenia klatki piersiowej. Nowa próba płucna«.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 28. Türk: O liczeniu leukocytów. Wechsberg: Dalsze badania nad działaniem bakteryobójczem surowicy uodporniającej. Fein: Naczyniak limfatyczny jamisty jednej struny głosowej. Gaertner: O infuzyi tlenu do żył (dok.).

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 28. Rinne: Operacyjne leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego. Minkowski: O przeobrażeniach ciał purynowych w ustroju. Bickel: Przyczynek do nauki o przewodliwości elektrycznej surowicy krwi ludzkiej w mocznicy. Ruge: Przyczynek do etyologii czarnego moczu. Schlayer: Przyczynek do kazuistyki zakażenia zimniczego i czarnego moczu. Goldschmidt: Zakażenie zimnicze a schorzenie rakowe.

Redakcya otrzymała. Higier: 1) Podstawy organoterapii i leczenia antytoksycznego u starożytnych Greków. 2) Choroba Tay-Sachsa. 3) W sprawie zaburzeń potowydzielniczych w poliomyelitis anterior i posterior. 4) Zur Klinik der eigenthümlichen Mitbewegung der paretischen Lidhebers und Lidschlissers. Kopczyński: 1) Przypadek syfilisu opon i rdzenia w części lędźwiowo-krzyżowej z niezwykłemi zaburzeniami odżywczemi. 2) Urządzenia higieniczne we wzorowych szkołach Szwajcaryi i w Niemczech.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Woda Krościeńska
ze zdroju Stefana
o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.

Zamówienia przyjmuje także Zarząd Zdrojowy w Krościenku nad Dunajcem.

Główny skład dla Galicyi i Bukowiny:

Pomiędzy naturalnemi wodami szczawowemi zajmuje
Woda Krondorfska
alkaliczna szczawa podług analiz naszych pierwszych powag jakościowo naczelne miejsce.

Perlberger i Schenker Kraków, Grodzka 48.